

А. М. Свядощ
ЖЕНСКАЯ
СЕКСО-
ПАТОЛОГИЯ

ББК 56.1
С 25

Свядощ А. М. Женская сексопатология, Изд-во «Штиинца», 1991.

Монография написана видным ленинградским ученым доктором медицинских наук, профессором А.М. Свядощем, работы которого в области сексопатологии и неврозов получили известность как в СССР, так и за рубежом.

Первое издание книги вышло в 1974 г. в издательстве "Медицина" (Москва) и в 1978 г. было переведено на венгерский язык и издано в Будапеште. В пятом издании автор на основании клинических наблюдений и анализа современной литературы знакомит читателя с причинами, механизмом возникновения, клинической картиной, лечением и предупреждением сексуальных расстройств у женщин.

Книга рассчитана на сексопатологов, невропатологов, психиатров, гинекологов и врачей других специальностей, а также может быть полезна юристам, биологам, педагогам и др.

4108110100-29 «Изд. Нов.» № 21-1-90
М755(10) – 91

ISBN 5-376-01127-5

ПРЕДИСЛОВИЕ

Сексопатология - это раздел клинической медицины, изучающий половые расстройства, их происхождение, методы распознавания и лечения. Сексопатология тесно связана с эндокринологией, урологией, гинекологией, но особенно невропатологией и психиатрией, в частности с учением о неврозах.

Патология половой жизни у женщин - одна из частых причин функциональных расстройств нервной системы и внутренних органов, в связи с чем знание ее представляет интерес не только для сексопатологов, невропатологов, психиатров и гинекологов, но и для врачей других специальностей. Нарушения половой функции приводят к ухудшению взаимоотношений в семье и нередко - к ее распаду, поэтому профилактика и лечение указанных расстройств имеют не только медицинское, но и важное социальное значение.

Сексуальные нарушения у мужчин и женщин известны с давних пор. Упоминания о них встречаются в древних египетских папирусах, библии, а также в мифах и легендах, однако ученые заинтересовались этим вопросом лишь немногим более одного столетия назад.

Крупный вклад в развитие сексопатологии внесли работы С. Фрейда, Р. Крафт-Эбинга, А. Фореля, В. Штекеля, А. Молля, В. М. Бехтерева, Л. Я. Якобсона, Г. С. Васильченко, А. Кинзи, П. Гебгарда, К. Леонгарда, В. Мастерса, Г. Дернера, К. Имилинского, Е. Штурц и др.

Большинство работ посвящены сексуальным нарушениям у мужчин. Сексуальные нарушения у женщин во многом отличаются от таковых у мужчин и, хотя встречаются весьма часто (не менее чем у 15% женщин), к настоящему времени поразительно мало изучены и освещены в литературе.

Цель данной книги - ознакомить врачей с клиникой, диагностикой, лечением и предупреждением функциональных сексуальных нарушений у женщин. Однако, поскольку сексуальная функция является парной, изложение женской сексопатологии в отрыве от соответствующих проявлений у мужчин сильно затруднило бы получение целостного представления о ней. В связи с этим на протяжении всей книги определенное внимание уделяется и сексуальным нарушениям у мужчин.

Автор с благодарностью примет советы и замечания, касающиеся изложенного в книге материала, и просит направлять их по адресу: 191002, Ленинград, ул. Рубинштейна, 25, Консультация по вопросам семейной жизни.

ГЛАВА I
КРАТКИЕ СВЕДЕНИЯ О СТРОЕНИИ И ФУНКЦИИ ЖЕНСКИХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ

Внутренние половые органы

Половые органы женщины подразделяются на внутренние и наружные.

К внутренним относятся яичники, фаллопиевы трубы, матка и влагалище, к наружным - большие и малые половые губы, клитор, вход во влагалище.

Яичник (ovarium) - парный орган. Это половая железа, в которой развиваются и созревают женские половые клетки, а также вырабатываются женские половые гормоны. Яичник представляет собой сплющенное овальное тело довольно плотной консистенции. Величина и размеры его значительно меняются в зависимости от возраста и функционального состояния его паренхимы. В среднем длина его 3-4 см, ширина 2-2,5 см, толщина 1-1,5 см, масса 6-8 г. Яичники расположены в малом тазу сбоку от матки. В яичнике взрослой женщины различают корковую (паренхиму) и мозговую (сосудистую) зоны. В паренхиме содержатся в большом количестве первичные фолликулы (незрелые яйцеклетки, окруженные эпителием). В яичнике новорожденной девочки их насчитывается от 30 до 400 тыс. Созревание фолликулов начинается со времени наступления половой зрелости. За жизнь у женщины созревает не более 500 фолликулов, остальные рассасываются. В процессе созревания фолликула эпителиальные клетки размножаются, фолликул увеличивается и внутри у него образуется полость, заполненная жидкостью. Зрелый фолликул имеет в диаметре около 2 мм и называется граафовым пузырьком. Приблизительно в середине менструального цикла созревший фолликул разрывается (лопается) и в брюшную полость изливается фолликулярная жидкость вместе с находящейся в ней яйцеклеткой (овуляция). На месте лопнувшего граафова пузырька образуется желтое тело. Если наступает беременность, то желтое тело сохраняется до ее конца и выполняет роль железы внутренней секреции. Если же оплодотворения не происходит, желтое тело атрофируется и на его месте остается рубец. С процессом овуляции тесно связана менструальная функция. Овуляции и менструации в среднем начинаются в возрасте 12-16 лет и прекращаются в 45-50 лет.

В яичнике вырабатываются половые гормоны - эстрогены и прогестерон, а также небольшое количество андрогенов. Эстрогены оказывают

влияние на развитие женских половых органов, на продвижение яйцеклетки по яйцеводу, на процесс пролиферации эпителия влагалища. По состоянию вагинального эпителия у женщины можно судить об уровне эстрогенов в крови и об овуляторном или ановуляторном характере менструального цикла. Второй гормон яичника - прогестерон - оказывает избирательное действие на эндометрий матки. Он вызывает в нем изменения, характерные для ранних стадий беременности, и содействует созданию условий, обеспечивающих рост и развитие плода.

В климактерическом периоде яичники уменьшаются в размере (в 2 раза): в глубокой старости их масса равна 1-2 г. Атрофические изменения в половом аппарате женщины начинаются не сразу после исчезновения менструаций и прекращения функции яичника, а через 5-7 лет или позже.

Фаллопиевы, или маточные, грубы расположены сбоку от матки в верхней части ее широкой связки. Длина их от 6 до 20 см, чаще 10-12 см. Один конец фаллопиевой трубы проходит в стенке матки и открывается в ее полости, второй направлен в сторону яичника. По трубе яйцеклетка проходит из яичника в матку.

Соединение яйцеклетки со сперматозоидом, т.е. процесс оплодотворения, обычно происходит в трубе. Оплодотворенная яйцеклетка продвигается под влиянием сокращения мышц трубы, а также колебательных движений ресничек мерцательного эпителия, выстилающего стенку. На функциональное состояние мышц трубы могут оказывать влияние как эндокринные, так и нервные факторы. Последние, видимо, иногда могут вызывать спазматические сокращения мускулатуры трубы, препятствующие доступу сперматозоидов. Различные воспалительные процессы в трубе также могут закрыть доступ сперматозоидам к яйцеклетке и лишить женщину способности к беременности.

Матка (uterus) - непарный мышечный орган грушевидной формы, находится в полости малого таза между мочевым пузырем и прямой кишкой. Размеры ее у взрослой женщины могут значительно варьировать. Длина матки колеблется от 6 до 9 см, ширина в области дна - *от* 3 до 6 см, масса от 25 до 100 г. В матке различают дно - верхнюю широкую часть, тело - среднюю часть и шейку - нижнюю часть. Место перехода тела матки в шейку сужено и называется перешейком матки. Шейка матки обращена во влагалище.

Стенка матки состоит из трех слоев: внутреннего (эндометрий), среднего (миометрий) и наружного (периметрии). Внутренний слой представляет собой слизистую оболочку, выстланную цилиндрическим эпителием. В толще слизистой оболочки заложены железы, выделяющие секрет в полость матки. Секрет желез матки богат муцином, имеет стекловидный характер и нередко образует пробку, выступающую из наружного зева (кристеллеровская пробка).

Внутри тела матки имеется щелевидная полость, переходящая в канал шейки. Место перехода называется внутренним маточным зевом. Канал шейки открывается во влагалище отверстием, носящим название наружного маточного зева Полость матки у нерожавшей женщины представляет собой узкую щель треугольной формы. Длина полости матки у нерожавшей женщины составляет около 7 см, у рожавшей - 8 см. Объем маточной полости у нерожавших 1-3 $см^3$, у рожавших - 3-5 $см^3$. Тело матки по отношению к шейке наклонено вперед, т.е. находится в состоянии антефлексии. Перегиб матки назад (ретрофлексия) относится к патологии. Раньше считалось, что он может вызывать чувство слабости, разбитости, головные боли, боли в крестце, нарушение цикла месячных. Сейчас же предполагают, что неправильный перегиб матки может вызывать лишь неприятные ощущения в крестце и нарушение месячных.

Оплодотворенная яйцеклетка внедряется в стенку матки, где обеспечивается ее развитие, а также изгнание созревшего плода (родовая деятельность).

С наступлением половой зрелости в слизистой оболочке матки возникают периодические изменения, связанные с менструальным циклом.

Задержка в развитии матки - гипоплазия матки - чаще всего обусловлена общим недоразвитием организма, т.е. с явлениями общего инфантилизма, однако она может наблюдаться и у женщин с нормальным телосложением. О развитии матки можно судить на основании определения длины маточной полости при зондировании. При длине до 3 см говорят о зародышевой, или фетальной матке, при длине 3-5 см - об инфантильной и при длине 5,5-7 см - о матке подростка. При фетальной матке развитие ее останавливается в той стадии, которая имеется у новорожденной девочки. В детстве матка растет медленно. Рост ускоряется только ко времени полового созревания под влиянием функции яичников. Иногда недоразвитая матка достигает нормального размера примерно к 20 годам. Матка обладает ограниченной подвижностью. При давлении на нее со стороны влагалища она может смещаться вверх на несколько сантиметров.

Матка иннервируется преимущественно вегетативной нервной системой. Симпатические волокна отходят от тазового сплетения, в свою очередь связанного с солнечным сплетением. Парасимпатическая иннервация осуществляется тазовыми нервами. В их образовании участвует третий крестцовый нерв, в некоторых случаях - второй или четвертый. Через тазовое сплетение проходят ветви срамного нерва. Они иннервируют не только наружные половые органы, как это считалось до настоящего времени, но и внутренние. По этим волокнам анимальной нервной системы, видимо, могут поступать афферентные, в том числе и болевые, импульсы.

Влагалище (vagina) представляет собой мышечно-фиброзную трубку длиной 7-10 см. Передняя стенка обычно на 1,5-2 см длиннее задней, ширина 2-3 см. При обычных условиях стенки влагалища почти плотно прилегают друг к другу, в связи с чем на поперечном разрезе просвет влагалища представляется в виде буквы «П». Снизу влагалище граничит с девственной плевой, сверху - закрыто шейкой матки, с которой оно сращено. Между стенкой влагалища и шейкой матки имеются углубления - своды влагалища. Задний свод глубже переднего. Расположение шейки матки по отношению к сводам имеет большое значение для оплодотворения. Спереди от влагалища находится дно мочевого пузыря и мочеиспускательный канал, сзади - прямая кишка. Стенки влагалища состоят из трех слоев - слизистого, мышечного и наружного (соединительнотканного).

Слизистая оболочка влагалища покрыта многослойным плоским эпителием. Строение ее различно в зависимости от возраста женщины. В слизистой оболочке влагалища не содержится желез, однако в просвете влагалища можно обнаружить некоторое количество выделений. Они образуются за счет транссудата из капилляров слизистой оболочки, а также за счет попадания небольшого количества слизи из матки. Слизистая оболочка влагалища состоит из складок. Они особенно выражены в нижних его отделах и на задней стенке, где образуют целые комплексы (columnae rugarum). Благодаря наличию большого количества складок влагалище обладает значительной растяжимостью, что особенно важно при прохождении плода через родовые пути. У женщин, не живших половой жизнью, складки на слизистой оболочке хорошо выражены, консистенция их плотная. У рожавших женщин слизистая оболочка более гладкая, чем у нерожавших. Стенка влагалища состоит из продольных и поперечных мышечных волокон, переплетенных между собой. Мускулатура влагалища может быть сильно развитой, в связи с чем она способна к интенсивным сократительным движениям. Некоторые женщины, произвольно напрягая мускулатуру влагалища и тазового дна, могут сжимать введенный во влагалище половой член.

Мышечная стенка способна сокращаться под влиянием как гормона задней доли гипофиза - питуитрина, так и под влиянием рефлекторных воздействий. Расстояние от входа во влагалище до шейки матки, по нашим данным, равно 4-6, редко 8 см. В зависимости от положения матки (ретро- или антефлексия), а также расположения партнеров во время полового акта, мужской половой орган проходит выше или ниже шейки матки, в легко растяжимые передний или задний своды влагалища.

Глубина влагалища у женщины в состоянии покоя значительно варьирует. У обследованных нами женщин она составляла до 8 см у 22%, 8-10 - у 46%, 11-14 см - у 32%. При этом стенки влагалища растяжимы и при давлении на задний свод удлиняются на 2-4 см. Встречались

женщины низкого роста (менее 150 см), у которых глубина влагалища равнялась 11-14 см, и, наоборот, высокие женщины, у которых она была небольшой (например, при росте 173 см - 8 см). Хотя и нет строгой корреляции между ростом женщины и размерами влагалища, все же большие размеры несколько чаще встречаются у высоких и малые - у женщин низкого роста.

У здоровой и опрятной женщины содержимое влагалища необильно, имеет слизистый характер и не вытекает наружу из половой щели.
На сексуальную функцию влагалища в определенной степени влияют и мышцы тазового дна. Они могут концентрически сужать вход во влагалище, способствовать эрекции клитора, сжимать железы преддверия.
Влагалище иннервируется за счет нервов, отходящих от цервикального сплетения Франкенгейзера, причем средняя и задняя части влагалища мало чувствительны.

Наружные половые органы

Большие срамные губы представляют собой кожные складки, ограничивающие половую щель. Длина щели около 8 см. У девушек в отличие от рожавших женщин большие губы прилегают друг к другу. Вверху и внизу губы соединены при помощи спаек, спереди образуют возвышение - лобковый бугор. Наружная поверхность больших губ покрыта волосяным покровом, внутренняя - гладкая, имеет вид слизистой оболочки.

Растительность на лобке и больших губах в известной степени отражает степень полового развития. В детском возрасте имеется лишь лануго (пушок). В препубертатном периоде (11,5-12,5 лет) начинается рост волос, в возрасте 13,5 лет они достигают в среднем длины 1-2 см, в 14,5 лет -3-4 см. У взрослой женщины растительность пушистая, волосы слегка спирально закручены, граница растительности горизонтальная; при хорошем развитии вторичных половых признаков растительность пышная, образует треугольник с вершиной, обращенной книзу.

Малые половые *губы (нимфы)* прикрыты большими. Они расположены непосредственно у входа во влагалище и представляют собой также кожные складки, но более тонкие, чем большие губы. Малые губы пронизаны мышечными клетками, эластичны и содержат в себе густую венозную сеть, что делает их способными к некоторой эрективности. Они богато снабжены нервными окончаниями и весьма чувствительны к внешним раздражениям. Пространство между малыми губами называется преддверием влагалища. В преддверие влагалища, кроме того, открывается своим наружным отверстием мочеиспускательный канал, а также

выводные протоки желез Преддверия влагалища (бартолиновых желез). Эти железы выделяют секрет, увлажняющий вход во влагалище. Преддверие влагалища, малые губы и головку клитора обозначают термином вульва.

Если малые губы выступают из половой щели, то покрывающий их многослойный плоский эпителий обнаруживает тенденцию к ороговению, сами же губы становятся весьма пигментированными. Малые губы часто асимметричны, толщина их неодинакова.

Девственная плева (hymen) представляет собой складку слизистой оболочки у входа во влагалище, отделяющую его от вульвы. Она не полностью прикрывает вход во влагалище, оставляя отверстие, пропускающее кончики 1-2 пальцев. Образование, аналогичное девственной плеве, имеется не только у человека, но и у жвачных животных, ряда хищников и обезьян. Физиологическое значение плевы неясно. Возможно, что эта перепонка предохраняет влагалище от занесения инфекции. Форма девственной плевы может быть различной, чаще всего кольцевидной с отверстием круглой или овальной формы, реже - полулунной, бахромчатой, дольчатой или лоскутной, зубчатой и др. При первом половом акте целостность девственной плевы обычно нарушается. Акт разрыва плевы, чем бы он ни был вызван, получил название дефлорации. Относительно легко разрывается нежная плева, а также более толстая, имеющая полулунную или кольцевидную форму, с отверстием, мало поддающимся растяжению. Имеет значение и диаметр мужского полового органа. Чем резче половой орган входит во влагалище, чем он толще, тем вероятнее кровотечение. Его может не быть, если отверстие в плеве расширится при неудачных попытках дефлорации. При низкой, мясистой, мягкой и вообще легко растягивающейся плеве первое половое сношение, а иногда и ряд половых сношений могут не вызывать нарушения ее целости. Известны случаи, когда у 14-летних проституток находили сохранившуюся девственную плеву. Дефлорация обычно сопровождается чувством боли и кровотечением. Однако, если разрыв приходится на участок, в котором мало сосудов, заметного кровотечения может и не быть. Примерно в 50% случаев чувство боли у девушек в начале полового акта незначительно или отсутствует. Иногда при первом половом акте нет ни боли, ни крови. Отсутствие боли и крови в первую брачную ночь еще не доказывает того, что невеста была не девушкой. Плотная сухожильная плева может служить значительным препятствием к половому акту.

Клитор (clitoris) находится непосредственно под лобком, его головка в виде небольшого конусовидного бугорка выступает в верхний угол половой щели. Клитор располагается в преддверии влагалища, впереди наружного отверстия мочеиспускательного канала. У многих женщин клитор при осмотре трудно различим, при пальпации он определяется

лишь как мягкое уплотнение величиной с просяное зерно или как мягкий сосочек. При половом возбуждении женщины он отчетливо выступает и легко пальпируется.

Клитор развивается первично из полового бугорка и эмбриологически аналогичен мужскому половому члену. В отличие от последнего он не имеет каких-либо отверстий и не является органом выделения.

Клитор состоит из двух пещеристых тел, по своему строению сходных с пещеристыми телами мужского полового члена. Различают корень, тело и головку клитора, покрытую двойной складкой нежной кожи. Плотность головки иногда может быть причиной пониженной чувствительности этого органа. Ножки клитора, толщиной около 1 см, идут от восходящей ветви седалищной и нисходящей ветви лонных костей обеих сторон тела. Обе ножки, покрытые фасцией, сливаясь, образуют тело клитора. Размеры клитора значительно колеблются в зависимости от степени его кровенаполнения и могут достигать 3 см в покое. Диаметр головки клитора 2-10 мм. Увеличение размеров клитора отмечается при массивном лечении мужскими половыми гормонами, а также при гиперфункции надпочечников, гермафродитизме, конституциональном вирилизме. Видимо, нет корреляции между размерами клитора и эротической реакцией женщины на его раздражение. При половом возбуждении примерно у 50% женщин объем клитора значительно увеличивается в связи с большим притоком артериальной и сравнительно меньшим оттоком венозной крови, При этом наблюдаются сокращения мышечных волокон, способствующие тому, что клитор становится более плотным (эрекция). При эрекции головка его приближается к входу во влагалище.

Клитор иннервируется нервами plexus pudendalis и plexus hypo gastricus caudalis, чувствительные волокна идут в составе п. dorsalis clitoridis, n. pudendalis и далее - к 1-5-му крестцовым сегментам Клитор, особенно его головка, чрезвычайно богато снабжен нервными окончаниями (в 3-4 раза обильнее, чем головка мужского полового члена).

Клитор является специфическим органом женской половой чувствительности. Его единственная физиологическая роль - вызывание чувства сладострастия. Не случайно по-русски он называется похотник (от слова похоть).

Филогенетически клитор впервые наблюдался у рептилий (крокодилов черепах).

В Древнем Египте существовал обычай (до наших дней он сохранился в Абиссинии и некоторых других южных странах) проводить у девочек обрезание клитора (его головки), а иногда и одновременное вырезание малых губ. Идентичной операции подвергают себя и последователи секты скопцов.

Хирургическое удаление клитора производится при злокачественных опухолях этой области. Имеются данные о том, что у оперированных женщин раздражение области лобка или послеоперационного рубца вызывает оргазм почти также быстро, как и у неоперированных.

ГЛАВА II
НЕЙРОЭНДОКРИННАЯ РЕГУЛЯЦИЯ ПОЛОВОЙ ФУНКЦИИ

Мужские и женские половые железы развиваются у эмбриона из первоначально недифференцированных относительно пола зачатков – эмбриональных гонад. Половая дифференцировка их у плода начинается примерно с 6-й недели эмбриональной жизни под влиянием генетической информации, исходящей из половых хромосом.

Пол ребенка зависит только от хромосом отца. Под влиянием Y-хромосомы развивается корковая часть гонады и формируется мужская половая железа - семенник, а под влиянием X-хромосомы развивается женская железа - яичник. Эта дифференцировка в общих чертах заканчивается уже на 7-й неделе внутриутробного периода. Пойдет ли дальнейшее формирование наружных и внутренних половых органов по мужскому или женскому типу, будет зависеть уже не от хромосомы отца, а от сформировавшихся половых желез. Так, у мужского плода интерстициальные клетки (клетки Лейдига) семенников начинают вырабатывать андрогены (тестостерон и, возможно, какие-то еще неизученные гормоны). Это ведет к дифференцировке половых органов по мужскому типу. Она заканчивается приблизительно на VII месяце утробной жизни (после чего клетки Лейдига подвергаются обратному развитию и пребывают в атрофированном состоянии до начала полового созревания).

У женского плода формирование полового тракта также заканчивается к VII месяцу утробного развития. В последние недели утробного развития половые органы девочек начинают усиленно расти под влиянием материнских эстрогенов. Это влияние продолжается еще в течение 5-7 дней и после рождения, затем матка претерпевает обратное развитие. Лишь к 10-летнему возрасту матка снова достигает величины, имевшейся при рождении.

Если эмбриону генетически женского пола вводить на соответствующих этапах эмбриогенеза мужские половые гормоны, то половые пути его начнут перестраиваться по мужскому типу.

В нервной регуляции половой функции у человека участвуют кора головного мозга, подкорковые образования и спинапьные центры. Корковый половой центр находится в girus fugiformis, рядом с uncus. Однако

имеется широкая разбросанность клеток коры головного мозга, обеспечивающих половую деятельность; в частности, большая роль, по данным Г С. Васильченко (1969), принадлежит парацентральным долькам.

Подкорковые половые центры расположены в промежуточном мозге и гипоталамусе. Лимбическая система, включающая ряд корковых, подкорковых и стволовых структур, является нервным субстратом эмоций и влечений, в том числе и полового влечения.

Согласно G. Dorner (1972), у плода как мужского, так и женского пола в гипоталамусе заложены три половых центра: в преоптической доле гипоталамуса - мужской центр полового поведения и женский центр, регулирующий циклическое выделение гонадотропина; в центромедиальных ядрах гипоталамуса - центр женского полового поведения. В процессе эмбриогенеза и, может быть, отчасти в раннем постнатальном периоде у генетически мужских особей под влиянием андрогенов инактивируется женский и развивается мужской половой центры. У генетически женских особей в связи с отсутствием андрогенов в этом периоде, а возможно, и под влиянием небольших количеств эстрогенов, поступающих в организм плода через плаценту матери, в гипоталамусе происходит развитие лишь женского полового центра. Развившийся центр определяет последующую половую аутоидентификацию индивида и влияние на направленность полового влечения.

Дифференцировка половых центров в гипоталамической области, возникающая под влиянием половых гормонов, происходит в строго определенный критический период онтогенетического развития: у морских свинок - на 30-35-й день внутриутробного периода, у крыс - на 3-4-й день постнатальной жизни (по данным некоторых авторов, на 5-10-й день); у человека, по мнению G. Dorner, - во втором триместре беременности. Если в эти дни на мозг подействуют андрогены, то на всю жизнь закрепится мужское половое поведение, а если в крови плода уровень андрогенов или эстрогенов окажется низким - женское. По окончании критического периода развития гормоны почти перестают влиять на половое поведение и направленность полового влечения. Таким образом, соотношение андрогенов и эстрогенов в критический период дифференцировки гипоталамуса оказывает влияние на последующую половую функцию и половую направленность. Нарушение этих процессов может сказаться не только на возникновении гермафродитизма, но, как увидим далее, и некоторых форм гомосексуализма.

Спинальные половые центры женщины и мужчины, видимо, имеют не совсем одинаковую локализацию. Так, у женщины они находятся, по нашему мнению, в 1-5-м крестцовых сегментах, у мужчины центры эрекции расположены во 2-5-м крестцовых, центры эякуляции - во 2-4-м поясничных сегментах. Спинальные центры связаны, с одной стороны,

с гипоталамическими и корковыми центрами, с другой - с рецепторами, заложенными в половых органах. Половые центры находятся во взаимодействии и соподчинении, осуществляя регуляцию половой функции на разных уровнях: корковом, подкорковом и спинальном, и образуют единую иерархическую систему. Половое влечение (либидо) и оргазм не могут осуществляться без участия головного мозга. Однако эрекция и эякуляция у мужчины и, по нашим данным, гиперемия половых органов у женщины, а также эрекция клитора и ритмичные сокращения влагалища могут возникать и после перерезки спинного мозга в нижнегрудном отделе, - это спинальные рефлексы. После перерезки психические факторы утрачивают способность оказывать влияние на эти процессы.

У взрослого индивидуума половые гормоны в значительной мере определяют уровень возбудимости (тонус) половых центров и силу полового влечения. Образование этих гормонов во многом зависит от деятельности гипофиза, т.е. от поступления в кровь гормонов гипофиза, стимулирующих образование половых гормонов. Гипофиз же составляет единый функциональный комплекс с гипоталамусом (гипоталамо-гипофизарная система). Гипоталамус обладает свойством нейросекреции. Он вырабатывает аденогипофизотропные вещества, особые для каждого из гормонов гипофиза. Эти вещества, смещаясь вдоль аксонов нейросекреторных клеток, поступают в гипофиз и стимулируют выработку им соответствующих гормонов. Последние влияют на соответствующие периферические эндокринные железы-мишени, в том числе на половые железы. Гонадотропные гормоны гипофиза стимулируют деятельность яичников. Так, у женщины фолликулостимулирующий гормон гипофиза вызывает рост фолликулов и образование эстрогенов в яичниках (у мужчины - сперматогенез); лютеинизирующий гормон определяет наступление овуляции и образование желтого тела (у мужчины - выработку мужского полового гормона яичками); лютеотропный гормон (пролактин) возбуждает гормонообразование в желтом теле. В свою очередь, избыток половых гормонов яичников тормозит гонадотропную функцию гипофиза. Таким образом, поддерживается гормональное равновесие в организме, осуществлявляет процесс саморегуляции, основанный на принципе обратной связи.

Гипофиз находится в аналогичных взаимоотношениях и с другими периферическими железами, в частности со щитовидной железой и надпочечниками. Гормоны щитовидной железы через гипофиз могут влиять на функцию половых желез, поэтому при удалении щитовидной железы o6t ;0 наблюдается угнетение функции яичников, а при заболеваниях ее час обнаруживаются те или иные изменения и в половой сфере.

Как мужские, так и женские половые гормоны являются стероидами. При заболеваниях печени нарушение стероидного обмена может иногда вести к нарушению содержания этих гормонов в крови и к возникновению аменореи у женщин и импотенции у мужчин.

Влияние половых гормонов на мозговые структуры во многом зависит, также от нейротрансмиттеров (передатчиков активности), в частности моноаминов (допаминов, PCPA, 5-HT и др.) и веществ, высвобождающих их действие (релизеры), угнетающих (депрессоры), уменьшающих их содержание (деплеторы) или блокирующих рецепторы, на которые они действуют (блокеры). Например, депрессоры допамина (галоперидол и др.), как отмечает B. J. Everitt (1977), существенно ослабляют половую активность у самцов, усиливают ее у самок, релизеры же - наоборот. Однако у человека эти влияния оказались непостоянными, а результаты наблюдений над влиянием L-DOPA на сексуальность человека - противоречивыми.

Мужские половые гормоны - андрогены и женские - эстрогены (точнее, кетостероиды, тождественные или близкие к ним) вырабатываются у мужчины и женщины не только половыми железами, но и надпочечниками, поэтому в крови мужчины находится некоторое количество женских, а в крови женщины - мужских половых гормонов. Специфическим активатором деятельности коры надпочечников является адренокортикотропный гормон передней доли гипофиза (АКТГ). В свою очередь, адренокортикальные гормоны надпочечников угнетают адренокортикотропную функцию гипофиза. Надпочечники как у мужчин, так и у женщин вырабатывают больше мужских половых гормонов, чем женских, поэтому при гиперфункции коры надпочечников, например при опухолях, у женщин наблюдается маскулинизация, например растительность по мужскому типу, а также изменяется характер менструаций, гипертрофируется клитор и т.п. В отличие от этого у мужчин, за редкими исключениями, не наблюдается явлений феминизации.

Из женских половых гормонов - эстрогенов - наиболее активен эстрадиол, продукты его обмена - эстрон, или фолликулин, и эстриол - выделяются с мочой. Из мужских половых гормонов - андрогенов - наиболее активен тестостерон. В моче могут быть обнаружены продукты его обмена - андростерон, этилхоланолон, дегидроандростерон и изоандростерон. Все эти вещества относятся к нейтральным 17-кетостероидам. В норме в течение суток женщина выделяет с мочой 5-15 мг 17-кетостероидов. Образуются они в основном в результате метаболизма гормонов коры надпочечников. Мужчина выделяет 10-30 мг 17-кетостероидов в течение суток. У одного и того же человека содержание 17-кетостероидов в моче колеблется в зависимости от характера выполняемой работы, эмоционального состояния, времени года (зимой несколько увеличивается, летом несколько снижается) и т.п. У женщины в предменструальном и климактерическом периоде оно несколько возрастает. На выделение 17-кетостероидов с мочой влияют не только функциональное состояние коры надпочечников и яичек, но и процессы метаболизма тестикулярных и надпочечниковых гормонов в печени.

Половое влечение у женщины зависит не столько от нормального содержания женских, сколько от уровня мужских половых гормонов - андрогенов, поэтому после удаления яичников (а также матки) часто сохраняется половое влечение и способность к половому удовлетворению, после же удаления надпочечников половые чувства угасают. Либидо и способность к переживанию оргазма могут быть выражены у маленьких девочек задолго до наступления полового созревания и могут сохраняться на многие годы после наступления климактерия. При выпадении функции яичников, вызванном кастрацией или климаксом, компенсаторные процессы, по всей вероятности, берут на себя надпочечники. Однако выключение эстрогенной функции яичников в пубертатном возрасте может стать причиной асексуальности. Прогестины ослабляют половое влечение у женщины.

Либидо, эрекция и эякуляция в 50% случаев в той или иной степени сохраняются у кастрированных мужчин, если кастрация была произведена после наступления половой зрелости.

Эротизирующее действие мужских половых гормонов на женщину связывается с их общим стимулирующим влиянием на организм, повышением чувствительности периферических нервных сенсорных аппаратов, в том числе тех, которые заложены в половых органах женщины, и сказывается в некотором увеличении клитора под влиянием этих гормонов.

На деятельность желез внутренней секреции, в частности выработку ими гормонов, большое влияние оказывает нервная система. Так, раздражение ретикулярной формации и миндалевидных ядер усиливает, а гиппокампа - тормозит выделение АКТГ гипофизом. При различных эмоциональных состояниях лимбическая система и гипоталамус могут влиять на содержание половых гормонов в крови.

При длительном эмоциональном напряжении (стрессе) резко увеличивается секреция АКТГ. Одновременно уменьшается образование гонадотропных гормонов гипофиза. В связи с этим во время стресса у женщины нередко наступает аменорея, у мужчины - импотенция. Женские половые гормоны, введенные мужчине, не стимулируют, а наоборот, угнетают его половую активность.

Эксперименты на животных показали, что вырабатываемые в гипофизе, гипоталамусе и других отделах мозга *а*- и р-эндорфины (вещества, обладающие морфиноподобным действием) тормозят половое поведение. Это дает основание предполагать, что и на человека они действуют аналогично.

Эрогенные зоны

Половое возбуждение возникает не только под влиянием гормонов, но и при прикосновении к особо чувствительным в этом отношении участкам тела - эрогенным зонам (от греч. eros - любовь, страсть). По мнению некоторых авторов (Dietz K., Hesse P. G., 1974; Obgartel L., 1974). В этих зонах, помимо обычных тактильных, температурных и болевых рецепторов, имеются еще специфические рецепторы половой чувствительности - так называемые генитальные тельца (Corpuscula nervosa terminalis genitalia), реагирующие на давление. Возможно, что с их топографией связано расположение эрогенных зон. У мужчины наиболее возбудима головка члена и менее возбудима мошонка. Половое возбуждение возникает также и при смещении кожи члена и давлении на его корень, у женщины основными эрогенными зонами считаются клитор, малые губы и влагалище. Кроме того, к ним могут относиться грудные железы, губы и ротовая полость, шея, кожа внутренней поверхности бедер и т.п. Эротическая чувствительность клитора высоко избирательна - одни женщины эротически реагируют на ритмичное давление, оказываемое на всю область клитора, другие - только на медленные штриховые раздражения тела клитора, третьи - на быстрое сильное ритмичное давление на тело или головку клитора с потягиванием ее вверх или прижатием к лобковой кости. Некоторым женщинам требуется частая смена места стимуляции -через несколько десятков секунд становится невозбудимым данный участок клитора, но высоко возбудимым - близлежащий. У многих женщин стимуляция клитора вызывает эротическую реакцию лишь в том случае, если ей предшествуют общие ласки, повышающие половую возбудимость. Малые губы в отношении эротической чувствительности заметно уступают клитору и, кроме того, не обнаруживают такой высокой локальной избирательности.

Эротическая чувствительность влагалища подвержена значительным индивидуальным вариациям. У большинства женщин весьма чувствительны вход и наружная треть влагалища. Эти участки реагируют на давление и касательные ритмичные раздражения, обычно возникающие при фрикциях. Кроме того, у 24% женщин сильная эротическая реакция возникает при глубоком ритмичном давлении на задний свод влагалища. У большинства женщин передняя стенка влагалища более чувствительна, чем задняя; встречаются, хотя и редко, женщины, резко реагирующие на глубокое ритмичное давление на заднюю стенку влагалища и мышцы промежности.

Оказалось, что у некоторых женщин высоковозбудимой является определенная зона влагалища (названная нами зоной S). Для ее стимуляции требуется глубокое ритмичное давление на переднюю стенку наружной четверти влагалища и лежащие за ней ткани с прижатием стенки влагалища

к внутренней поверхности лобковой кости. (Обычное давление на переднюю стенку влагалища, возникающее при фрикциях, в этих случаях оказывает лишь слабое эротическое воздействие). На значении этой эрогенной зоны остановимся при рассмотрении причин аноргазмии.

Фибромы матки, недоразвитие ее, а также оперативное удаление обычно не сказываются на половых ощущениях женщины. Шейка матки малочувствительна к прикосновению и давлению. Прикосновение к грудным железам лишь у 50% женщин может вызвать половое возбуждение, причем у некоторых даже привести к наступлению оргазма. Встречаются индивидуальные варианты эрогенных зон. Так, у одной нашей больной половое возбуждение вызывало прикосновение к пальцам ног, у другой - к мочкам ушных раковин и к коже возле волос, у третьей - к коже в области крестца, у четвертой - в промежности и анальной области и т.д.

К нам обратилась молодая женщина Ц., 30 лет, с жалобой на необычные половые ощущения. Эрогенной зоной у нее является участок диаметром 4-5 см на внутренней поверхности правого коленного сустава. Давление на этот участок вызывает сильное половое возбуждение и через 20-30 секунд - наступление оргазма. Иногда оргазмы повторные - 3-4 подряд. При оргазме эротические ощущения начинаются в области правого колена, затем распространяются вверх на влагалище. Оргазм возникает, если Ц. сама активно нажимает на внутреннюю поверхность колена или давление возникает извне, Ц. же при этом пассивна (мышцы не напряжены). Левое колено эрогенной зоной не является (Ц. правша). При стимуляции влагалище в эротическом отношении ареактивно, клитор - слабо реактивен. При половом акте независимо от его длительности оргазм возникает лишь в том случае, если оказывается давление на эрогенную зону правого колена. Ц. замужем 4 года, имеет ребенка 3 месяцев. По характеру спокойная, уравновешенная. Отношения с мужем хорошие.

Эротические ощущения в области колена возникли впервые в дошкольном возрасте, когда с девочками играла в игру "Удержись на мяче" и коленками нажимала на мяч. В 16-летнем возрасте случайное давление на внутреннюю поверхность правого колена (встала коленом на кресло) вызвало оргазм вне какой-либо эротической ситуации.

По нашим данным, встречаются здоровые женщины, у которых оргазм возникает лишь при напряжении мышц бедер и тазового дна - миокомпрессионный оргазм, по А. М. Свядощу (1974). У некоторых из них влагалище и клитор в эротическом отношении не чувствительны, причем глубокое давление на окружающие ткани со стороны влагалища не вызывает эротических ощущений.

В большинстве случаев тактильное раздражение эрогенных зон вызывает половое возбуждение лишь при наличии психоэротической настроенности. Прикосновение к эрогенным зонам любимым и нелюбимым

человеком вызывает далеко не одинаковое действие. Однако встречаются женщины, способные испытывать оргазм при интенсивном раздражении эрогенных зон даже в том случае, если к моменту полового сближения они были к нему настроены отрицательно. Как будет показано при рассмотрении явлений онанизма, случайное раздражение эрогенных зон может вызвать у ребенка сильное половое возбуждение с наступлением оргазма, хотя предварительная психоэротическая настроенность отсутствовала.

Типы половой возбудимости женщин в зависимости от особенностей топографии эрогенных зон гениталий до сего времени почти не изучены. По нашим данным, на 100 обследованных замужних женщин у 53 оказалась выраженная эротическая реакция при стимуляции как зоны клитора и малых губ, так и влагалища. При этом у одних более возбудимой являлась область клитора (клиторо-вагинальная возбудимость), у других - влагалище (вагинально-клиторическая возбудимость). У 26 женщин имелась высокая эротическая реактивность клитора при низкой или даже совершенно отсутствовавшей эротической реактивности влагалища (клиторический тип возбудимости). У 12 женщин, наоборот, эрогенной зоной почти исключительно являлось влагалище, в то время как клитор был нечувствителен или почти нечувствителен к половой стимуляции (вагинальный тип возбудимости). У 9 женщин эротическая реакция отсутствовала при стимуляции как клитора и малых губ, так и влагалища, хотя тактильная чувствительность была сохранена (ареактивный тип возбудимости). Таким образом, обнаружились четыре основных типа половой возбудимости у женщин: I. Генерализованный (клиторо-вагинальный или вагинально-клиторический). II. Клиторический. III. Вагинальный. IV. Ареактивный. В процессе половой жизни возможен переход от клиторического к генерализованному типу половой возбудимости, а также устранение ареактивности.

Мало изучен вопрос о взаимодействии эрогенных зон. По нашим данным, у большинства женщин одновременная стимуляция нескольких эрогенных зон ведет к суммации полового возбуждения. Особенно это относится к женщинам с генерализованным типом половой возбудимости. Однако у некоторых женщин стимуляция ведущей зоны подавляет возбудимость других зон. Например, при стимуляции влагалища перестает быть эротически чувствительной область клитора, и наоборот.

Половыми раздражителями, помимо гормонов и тактильных раздражений эрогенных зон, могут быть и так называемые ключевые раздражители, или релизеры (от англ. to release - освобождать, выпускать). Это сигналы, включающие те или иные вегетативные реакции или определенные алгоритмы поведения (инстинктивные действия). Так, цыпленок, Только что вылупившийся из яйца в инкубаторе и никогда не видевший курицы, начинает клевать черные точки на полу. Никто не учил его этому.

Черные точки являются для него ключевыми раздражителями, включающими эту реакцию.

Ключевыми половыми раздражителями для собак-самцов являются телергены - видоспецифичные пахучие вещества, продуцируемые мочеполовой системой самок в период течки. Реакция на них у самцов врожденная и возникает обычно на втором году жизни, завершая процесс полового созревания (В. В. Антонов, 1971). Самка, не выделяющая телергенов, не вызывает полового возбуждения у самцов. Для котов телергеном служит валериановая кислота. Для самцов-обезьян половым ключевым раздражителем служит вид припухших и покрасневших половых органов самки. Ключевых раздражителей, вызывающих половое возбуждение у самок, не обнаружено.

У мужчин вид женских гениталий, а также восприятие признаков полового возбуждения женщины, прикосновение к половым органам женщины могут вызывать половое возбуждение не только по механизму условного рефлекса, как сигнал предстоящего полового сближения, но и в качестве ключевых раздражителей, т.е. вызывать половое возбуждение безусловно-рефлекторным путем. В то же время отрицательные условно-рефлекторные раздражители (например, оскорбительная реплика женщины) могут затормозить эту реакцию. Сила реакции во многом зависит от уровня половой возбудимости. При резком его падении те же ключевые раздражители не вызовут полового возбуждения.

Половое возбуждение может вызываться условно-рефлекторно - зрительными, слуховыми, обонятельными и другими раздражителями, т.е. психическими факторами. К ним относятся внешний облик партнера, приготовления к половой близости и т.п., а также произвольное оживление следов этих раздражителей (воспоминание о них, фантазирование на эротические темы). Условно-рефлекторные положительные и отрицательные сексуальные раздражители весьма индивидуальны и связаны с личным опытом человека, его представлениями, сформировавшимися у него идеалами. Например, полнота женской фигуры может быть положительным раздражителем для одного и отрицательным - для другого. Эротизирующее влияние может оказывать и музыка, как физически, непосредственно стимулируя глубокие структуры мозга, так и психически, т.е. условно-рефлекторно, оживляя по ассоциации те или иные переживания.

Иногда встречаются женщины, у которых под влиянием психических факторов половое возбуждение возникает очень легко и может привести к оргазму. Однако в огромном большинстве случаев женщины меньше реагируют на психические воздействия, чем мужчины. Вид привлекательных женщин вызывает у мужчин половое возбуждение в 2 раза чаще, чем вид интересных мужчин - у женщин. Эротические открытки или рисунки

вызывают реакцию у большинства мужчин и лишь у немногих женщин. Вид обнаженных женских половых органов обычно возбуждает мужчину, и наоборот, вид обнаженных мужских половых органов не вызывает эротической реакции у половины женщин, многим из них он даже неприятен и тормозит половое возбуждение. Эротические фантазии о лице другого пола, о новых встречах и переживаниях вызывают сильное половое возбуждение у очень многих мужчин и лишь редко - у женщин. У многих женщин в отличие от мужчин ожидание полового сближения не вызывает сексуального возбуждения. В зависимости от общего уровня половой возбудимости, в значительной мере определяемого действием гормонов и общим состоянием нервно-психической сферы, условно-рефлекторные половые раздражители могут оказывать сильное или слабое действие.

ГЛАВА II
ФИЗИОЛОГИЯ ПОЛОВОЙ ЖИЗНИ

Половое влечение

В организме человека и животных заложена определенная программа, направленная на обеспечение продолжения рода. Никто не учит птицу, рыбу, оленя или кошку совершать порой сложные действия, необходимые для полового сближения. Программа этих действий определяется заложенным у них генетическим кодом - половым инстинктом.

Инстинкты (половой, оборонительный, пищевой и др.) могут проявляться в виде инстинктивных чувств или эмоций, например, чувства страха, радости, и в виде инстинктивных действий. В основе последних лежат врожденные алгоритмы поведения - сложные цепные безусловные рефлексы, по И. П. Павлову. У человека инстинктивные чувства возникают автоматически, помимо его воли (чувство страха, радости или печали), однако инстинктивные действия у человека, в отличие от животных, находятся под контролем сознания. Человек не бросается слепо на еду, испытывая голод, или на объект, вызывающий сексуальное возбуждение.

В процессе социально-трудовой деятельности у человека формируется ряд социально обусловленных потребностей, в которых могут находить отражение биологически заложенные влечения. Удовлетворение любого влечения, например, связанного с чувством голода, жажды, холода, вызывает чувство удовольствия. Восприятие информации, предвещающей удовольствие, вызывает чувство радости, восторга. Сами по себе приятные эмоции - удовольствие, радость - могут сигнализировать не только о прекращении той или иной угрозы организму (например, голода), но и в свою очередь оказывать стимулирующее, тоногенное влияние на организм - вызывать прилив сил, ощущение бодрости, энергии. Возникающая условная связь между чувством удовольствия и вызвавшим его действием порождает влечение к повторению последнего. Этот механизм может играть роль в появлении влечения к морфию, алкоголю, никотину и другим веществам, вызвавшим временное чувство удовольствия. Этим же объясняется формирование привязанностей к объекту любви, связанных с получением полового удовлетворения, а также возникновение некоторых аномалий полового влечения.

По предложению S.Freud, половое влечение получило название либидо (от лат. libido - желание, сладострастие). S. Freud пользовался этим термином широко, усматривая проявления либидо даже в актах сосания и дефекации у детей. Мы будем понимать под ним лишь влечение половой близости. Оно осуществляется рядом инстинктивных влечений, которые могут выступать как вместе, так и изолированно, в зависимости от возрастных периодов.

Половое влечение в процессе развития проходит ряд этапов. В возрасте 7 - 10 лет возникает платоническое половое влечение - появляется интерес к лицам противоположного пола, часто не носящий осознаваемого сексуального характера (детская влюбленность), желание быть с ними вместе, духовно общаться, желание привлечь их внимание, перерастающее в желание нравиться и кокетливое поведение. Оно особенно выражено у девочек. Обычно в юношеском возрасте пробуждается эротическое половое влечение - желание не только духовного, но и телесного контакта, нежности, ласки и лишь позже возникает сексуальное влечение - влечение к половому акту (у юношей - к сексуальной агрессии и к детумесценции половых органов, т.е. к устранению возникшей эрекции). Эротическое влечение, как правило, свойственно почти всем людям, влечение же к половому акту более свойственно мужчинам. У большинства женщин влечение к половому акту появляется лишь после того, как они испытали половое удовлетворение (оргазм), однако у 20% девушек оно отмечается уже в возрасте 16-18 лет, до начала половой жизни. Для большинства же девушек 16-18 лет характерны чувство влюбленности, стремление к поиску друга-поклонника, мечты о встречах, прогулках, платоническом ухаживании, а не о половой близости.

К половому инстинкту относятся и проявления полового любопытства (у детей 3-5 лет нередко отмечается стремление к разглядыванию и ощупыванию половых органов), желание полового обладания (господства), стремление к половой отдаче (привлечение внимания к своему телу, желание нравиться), радость от полового возбуждения партнера, чувство удовольствия от восприятия признаков полового удовлетворения у партнера. Последние два стремления у женщин обычно более выражены, чем у мужчин.

Потребность в половой жизни у мужчины до 25 лет в среднем значительно выше, чем у женщины. Физиологически у многих девушек (примерно у 25%) половое влечение достигает своего полного развития лишь к 26-28 годам, максимум - к 28-30 годам и держится у многих на этом уровне примерно до 60 лет. У некоторых женщин значительное снижение полового влечения наступает к 45-50 годам. У мужчин потребность в половой жизни достигает максимального уровня к 30 годам, после чего наблюдается постепенный спад. Нередко мужчины переоценивают физи-

ологическую потребность в половой жизни у молодых женщин и недооценивают ее у женщин зрелого возраста. Так, многие жены до 30 лет жалуются, что мужья их в половом отношении слишком активны, а после 30 лет чаще начинают жаловаться на недостаточную половую активность мужей.

В отличие от животных, у человека формируется высокое чувство любви. В его возникновении помимо полового влечения участвуют и высшие эмоции, связанные с отношением к человеку как к личности (например, к мужчине - как к другу, возможному отцу детей), оценкой не только физических, но и нравственных качеств. В формировании этого чувства помимо полового инстинкта может участвовать и инстинкт материнства, удовлетворение от возможности преодоления одиночества, альтруистическое чувство удовольствия от возможности заботы о другом существе и т.д., поэтому чувство любви в широком смысле слова может быть доступно даже человеку, равнодушному в половом отношении.

Чувство влюбленности, связанное с сильным половым влечением, влияет на процессы мышления, на критические способности. Оно ведет к возникновению аффективно заряженных представлений, делающих мышление кататимным. Давно подмечено, что «любовь делает человека слепым», эта «ослепленность», однако, способствует преодолению различных задержек, препятствующих половому сближению, и, с точки зрения продолжения рода, является биологически целесообразной. В то же время усиление полового влечения в период влюбленности сопровождается повышенной реактивностью мозговых структур, делающих человека более отзывчивым к действию сексуальных раздражителей. В процессе семейной жизни на смену влюбленности приходит глубокое чувство взаимной привязанности, взаимного привыкания. Резюмируя, можно сказать, что любовь - явление биосоциальное.

Оргазм

Оргазм - это высшее сладострастное половое ощущение. При половом акте оно возникает в момент его завершения и сопровождается чувством полового удовлетворения и избавления от мышечного напряжения и вазоконгестии (прилива крови к половым органам).

Многие женщины в момент наступления оргазма испытывают словно внезапную остановку, задержку всех психических процессов, словно внезапное оцепенение, ощущение, что они словно проваливаются, теряя сознание, сходят с ума, а затем чувство сильного толчка в области клитор или в глубине влагалища и ощущение излучения тепла, распространяющегося с этих участков по всему телу. Возникает ощущение, словно что-то выдавливается из организма (отсюда ложные представления о существова

ния женской эякуляции). Рожавшие женщины указывают, что близкое ощущение возникало у них в начале родов в момент схватки. Чувство разлившегося тепла сменяется появлением непроизвольных ритмичных сокращений (пульсаций) в области влагалища, малого таза, иногда наружных половых органов. Эти ощущения сопровождаются чувством необычайного сладострастия, «ошеломляющего экстаза», не поддающегося контролю, иногда - глубокими вздохами, стонами, ритмичными движениями головой, судорожным прижиманием к себе партнера.

Интенсивность оргазма может быть различной. Она может варьировать даже у одной и той же женщины при половой жизни с одним и тем же партнером. Это может быть иногда легкое ощущение, сопровождающееся небольшой задержкой дыхания и двумя-тремя глотательными движениями, иногда сильнейшая неистовая страсть, переживание, во время которого женщина совершает бурные экспрессивные движения.

Физиологическим началом оргазма по Masters и Johnson служат ритмичные сокращения мышц половых органов, возникающие в наружной трети влагалища. Ритмичные сокращения возникают также в мускулатуре матки. Сокращения влагалища проходят с интервалом в 0,8 секунды. Количество и интенсивность ритмичных сокращений влияют на силу оргазма. При 3-5 сокращениях многие женщины отмечают слабый, при 6-8 - средней силы и 9-12 - сильный оргазм, однако встречаются женщины, которые испытывают сильнейший оргазм при 3-5 сокращениях. Во время оргазма дыхание учащается, частота сердечных сокращений увеличивается до 180 и более в минуту. Отмечается значительное повышение артериального давления: систолического - на 30-80, диастолического - на 20-40 мм рт. ст. Так, максимальное давление может повышаться со 120 до 200 и даже 220 мм рт. ст. В момент оргазма часто отмечается резкое покраснение кожи груди и лица.

Эндокринные изменения и церебральные процессы, лежащие в основе оргазма, мало изучены. Несомненно, что переживание это связано с возникновением процесса возбуждения в глубоких структурах мозга, в частности в лимбической системе. Оно близко к протопатическим эмоциям. На электроэнцефалограмме в момент оргазма бета-ритм сменяется появлением медленных волн большой амплитуды. Картина сходна с изменением электрической активности при малых эпилептических припадках, а также во время клонической фазы большого эпилептического припадка. По окончании оргазма медленные волны снова сменяются бета-ритмом.

По Г. С. Васильченко (1977), оргазм - результат сложного взаимодействия ряда структурных образований, расположенных на различных уровнях (тазовом, спинальном, диэнцефальном и корковом).

Нами предложена следующая классификация оргазма:

I. По источнику возникновения: 1) коитальный, 2) экстракоитальный (поллюционный, мастурбационный, в том числе миокомпрессионный, петтинговый, случайный).

II. По локализации: 1) клиторический, 2) вагинальный, 3) неопределенной локализации.

III. По течению: 1) кратковременный (пикообразный), 2) затяжной (волнообразный), 3) однократный, 4) многократный.

IV. По интенсивности: 1) сильный, 2) умеренный, 3) слабый.

Оргазм может возникать как при половом акте (коитальный), так и без него (экстракоитальный). Экстракоитальный оргазм часто наблюдается во время сна (поллюционный оргазм) и сопровождается эротическими сновидениями. У мужчин при этом возникает семяизвержение (поллюция). Некоторые авторы говорят о поллюциях и у женщин, понимая под этим возникающие во время оргазма выделения из влагалища секрета бартолиновых желез, а также транссудата из венозных сплетений вокруг влагалища. Поллюции следует считать проявлением саморегуляции половой функции, они ведут к снижению половой возбудимости. Это явление нормальное. По данным нашей сотрудницы З. В. Рожановской, эротические сновидения когда-либо видели 240 из 500 опрошенных ею женщин, причем у 111 сновидения сопровождались оргазмом. Из 99 женщин, никогда не испытавших оргазма во время половой жизни, 23 испытывали оргазм во время эротических сновидений.

Эротические сновидения с переживанием оргазма могут быть и до начала половой жизни. Они обычно возникают при вынужденном половом воздержании у лиц с сильным половым влечением, а также в тех случаях, когда это влечение во время половой жизни удовлетворяется недостаточно. При интенсивной половой жизни или при частой мастурбации эротические сновидения с оргазмом обычно прекращаются.

На оргазме во время мастурбации мы остановимся в соответствующем разделе.

Одной из частых причин возникновения оргазма служит *петтинг.* Под петтингом A. Kinsey (1948) понимал телесный контакт лиц противоположного пола для получения эротических ощущений, не сопровождающихся половым актом. Формы этого контакта, в понимании автора, могут быть различны - от поцелуев и ласк тела до прикосновений к гениталиям. Г. С. Васильченко (1977) справедливо предлагает понимать под петтингом лишь преднамеренное вызывание оргазма искусственным возбуждением эрогенных зон в условиях двустороннего контакта, исключающего непосредственное соприкосновение гениталий. По A. Kinsey (1954), 91% женщин в возрасте до 25 лет когда-либо практиковали петтинг до брака, при этом 39% женщин испытывали оргазм.

К возникновению оргазма может привести также случайное механическое раздражение гениталий, например, при езде на велосипеде, при шитье на швейной ножной машинке, при лазании по канату (случайный оргазм).

Ощущения, возникающие в начале оргазма, могут локализоваться либо в области клитора, либо в области влагалища. Некоторые женщины не могут точно указать их локализацию. В соответствии с этим можно говорить об оргазме клиторическом, вагинальном и оргазме неопределенной локализации. Клиторический оргазм чаще наблюдается у женщин, у которых клитор является высокочувствительной эрогенной зоной, вагинальный - у женщин, у которых такой эрогенной зоной является влагалище. При изолированной стимуляции клитора чаще возникает оргазм клиторический, однако может возникать и вагинальный. Клиторический оргазм может возникать и при половом акте, сопровождающемся глубоким внедрением мужского полового органа во влагалище, или при пролонгированной стимуляции последнего за счет сопутствующего давления на клитор. S. Freud полагал, что по мере достижения « психосексуальной зрелости» женщины происходит переход клиторического оргазма в вагинальный. Вагинальный оргазм может возникнуть у женщины и вне полового акта при изолированной стимуляции эрогенных зон влагалища, не сопровождающейся давлением на клитор, а также при изолированной стимуляции грудных желез без прикосновения к влагалищу. В локализации оргазма имеют значение (помимо места приложения стимуляции) также конституциональные особенности женщины. Подмечено, что клиторический оргазм встречается несколько чаще у женщин с властными чертами характера, вагинальный - у мягких, женственных натур (Рожановская 3. В., Свядощ А.М., 1969). При физиологических исследованиях каких-либо различий между вагинальным и клиторическим оргазмами не обнаружено.

Существование двух типов оргазма отрицается такими крупными сексологами, как A. Kinsey (1953), W. Masters, V. Johnson (1966), S.Schnabl(1979).

Из 200 опрошенных нами не фригидных женщин 88 испытывали как клиторический, так и вагинальный оргазмы, 48 только вагинальный, 52 только клиторический и 12 - оргазм неопределенной локализации. Из 88 женщин, испытывавших оба вида оргазма, 15 указали, что клиторический оргазм был острее и приятнее, чем вагинальный, 12 - что они примерно равны, 61 - что вагинальный давал более глубокое удовлетворение, «охватывал всю», в то время, как клиторический вызывал лишь локальные ощущения, оставляя чувство напряженности и не давая полного удовлетворения. Наши данные с несомненностью свидетельствуют о существовании клиторического и вагинального оргазмов. У некоторых женщин оргазм, вызванный самовозбуждением (мастурбацией) или путем мануальных стимуляций партнера превосходит по силе оргазм, возникающий у них же во время полового акта. При экспериментальной изолированной стимуляции клитора и различных участков влагалища отмечаются лишь

два качественно отличных вида эротических ощущений: первый возник, при стимуляции клитора, второй - при стимуляции влагалища. При этом ощущения однотипны независимо от того, какой участок влагалища подвергается стимуляции - передняя, задняя стенка, передний или задний свод, нижняя или верхняя треть влагалища. Шейка матки малочувствительна. Существование особого шеечного оргазма нами не подтверждается.

Оргазм у мужчин обычно длится лишь несколько секунд. Тип оргазма, при котором сила сладострастного ощущения быстро нарастает и быстро спадает, может быть назван пикообразным или кратковременным оргазмом. Такой же тип оргазма, часто лишь несколько более длительный, наблюдается и у многих женщин. Кроме того, у них в отличие от мужчин может быть и затяжной оргазм, который непрерывно длится в течение 20-60 секунд и дольше. Затяжной оргазм может носить волнообразный характер, то усиливаясь, то значительно ослабевая, и он длится несколько десятков минут, а иногда даже час-полтора. По данным 3. А. Рожановской и А. М. Свядоща (1969), кратковременный пикообразный оргазм встречается у 60%, затяжной - у 40% женщин, при этом пикообразный оргазм примерно в полтора раза чаще встречается при вагинальной локализации, а затяжной - при клиторической.

У многих женщин, так же как и мужчин, повторный оргазм может наступать лишь после паузы в 20-30 минут, а иногда и через несколько часов. Около 15% женщин полиоргастичны. Они способны к многократным повторным оргазмам, следующим через 1-2 минуты друг за другом (некоторые из них успевают 3-4 раза пережить оргазм, пока мужчина совершает один половой акт). Встречаются женщины, чувствующие себя удовлетворенными лишь после того, как 10-15-20, а иногда и большее количество раз пережили оргазмы, непрерывно следующие один за другим. Чаще всего это оргазмы клиторические.

Одна наша больная, 19 лет, в течение 2 часов непрерывно совершала половые акты с мужчинами. Клиторические оргазмы следовали у нее один за другим и все же удовлетворенность не наступала. Поведение ее было первым признаком заболевания шизофренией.

Иногда мужчина, не зная о способности женщины к повторным переживаниям оргазма, после наступления у нее первого оргазма перестает себя сдерживать и заканчивает половой акт, оставляя ее недостаточно удовлетворенной. Мужчинам обычно удается удовлетворить женщин с очень длительным затяжным течением оргазма и с потребностью к многократным оргазмам, лишь прибегая к дополнительному мануальному раздражению ее половых органов.

По W. Masters и V. Johnson, физиологические изменения при оргазме одинаковы, независимо от того, наступил ли он в результате полового акта, мастурбации или вызван представлениями, а также независимо [3] зоны стимуляции (грудные железы, клитор, область лобка или влагалище). Если же оргазм наступает, то клитор, влагалище и матка всегда реагируют по одному и тому же тому же физиологическому образцу. Существует значительное отличие в отношении длительности и интенсивности оргазма v разных женщин, даже у одной и той же женщины он вариабелен в разное время.

Оргазм имеет большое биологическое значение. Ряд зоологов полагают, что чувство удовольствия от полового акта свойственно всем млекопитающим. Чувство оргазма может возникать как у культурных народов, так и первобытных. Биологическое значение оргазма заключается в том, что он является как бы наградой природы за совершение действий, направленных на продолжение рода, и тем самым стимулирует к повторению этих действий. Некоторым женщинам половой акт приятен, хотя оргазм не наступает (половое удовлетворение без оргазма - satisfactio sine orgasmo). Однако большинство этих женщин способны к переживанию оргазма, если им будет обеспечена достаточная стимуляция эрогенных зон.

Так, 30-летняя женщина, мать двоих детей, на протяжении 8 лет замужества ни разу не испытала оргазма с любимым мужем, хотя половой акт вызывал приятное половое возбуждение и доставлял satisfactio sine orgasmo. Она же пережила сильнейший оргазм после того, как муж впервые применил интенсивную стимуляцию клитора. В дальнейшем при достаточной длительности и интенсивности полового акта стал возникать и вагинальный оргазм. Половой акт, не сопровождавшийся оргазмом, перестал ее удовлетворять.

Придавая большое значение оргазму в возникновении половой привязанности, укрепляющей узы брака, важно подчеркнуть, что семейное счастье зависит от очень многих факторов и не может быть сведено лишь к половому удовлетворению. Для многих холодных натур, как это видно при рассмотрении аноргазмии, сексуальная сторона жизни играет весьма незначительную роль.

Половой акт

Половой акт (синонимы: коитус, когрессус, совокупление, копуляция) - это единственный парный физиологический акт человека. В силу исторически сложившихся этических и нравственных норм поведения

он протекает в интимной обстановке, что крайне затрудняет его физиологическое изучение.

По Г. С. Васильченко (1977), для нормального протекания полового акта у мужчины необходимо участие следующих функциональных составляющих:

1. Нейрогуморальной, связанной с деятельностью глубоких структур мозга и всей системой эндокринных желез. Она обеспечивает силу полового влечения и соответствующую возбудимость отделов нервной системы, регулирующих половую деятельность.

2. Психической, определяющей направленность полового влечения и облегчающей наступление эрекции еще до начала полового акта.

3. Эрекционной, анатомо-физиологическим субстратом которой являются спинальные центры эрекции и половой член, обеспечивающие главным образом механическую сторону полового акта.

4. Эякуляторной, обеспечивающей акт семяизвержения.

Для женщин характерно наличие лишь трех составляющих: нейрогуморальной, психической и генито-сегментарной.

Все эти составляющие последовательно присоединяются друг к другу.

Для женщин характерно наличие лишь трех составляющих: нейрогуморальной, психической и генито-сегментарной. Все эти составляющие последовательно вовлекаются в процесс возбуждения. Т. Е. Агаркова (1986) выделяет следующие 5 последовательных стадий копулятивного цикла у женщины: психическую, охватывающую промежуток времени от осознания женщиной желания близости до принятия решения об ее осуществлении; сенсорную, характеризующуюся качественной перестройкой процессов восприятия с повышением чувствительности эрогенных зон и возникновением потребности в их специфической стимуляции; секреторную, характеризующуюся появлением любрикации, т.е. смазки, увлажняющей слизистую оболочку влагалища; оргастическую; резидуальную, во время которой наступает постепенный спад возбуждения и обратное развитие генитальных изменений.

Наиболее полные данные об изменениях в организме, возникающих при половом акте, получены W. Masters и V.Johnson (1966). В течение полового акта можно различать иммиссию - введение мужского полового органа во влагалище, период фрикций (движений мужского полового органа во влагалище) и период эякуляции и оргазма. Половому акту обычно предшествует подготовительный период (период взаимных ласк). С точки зрения динамики полового возбуждения, W. Masters и V. Johnson выделяют фазу возбуждения, «плато» - фазу, фазу оргазма, фазу обратного развития. Эти фазы образуют половой цикл. Последний может иметь место как при половом акте, так и без него, например при поллюции или мастурбации.

В фазе полового возбуждения у мужчин, меньше чем через минуту от начала половой стимуляции усиливается прилив крови к половым органам и несколько затрудняется отток из-за сужения венозных сосудов. В результате половой орган начинает быстро увеличиваться в объеме

(примерно в 3 раза), становится твердым и удлиняется на 7-8 сантиметров. Вместе с тем он меняет свое положение - поднимается вдоль стенки живота. Отсюда название эрекции (от лат. erigere - поднимать). Когда возникает эрекция, мужчина становится способен к совершению полового акта, т.е. к введению члена во влагалище. С наступлением эрекции появляется желание к разрядке, к избавлению от половой напряженности. Если нервные окончания полового органа в это время подвергаются ритмичному трению о стенки влагалища - эрекция усиливается, половое возбуждение нарастает. Учащается дыхание, сердцебиение, появляется гиперемия лица. Если в это время движения приостановить - возбуждение начнет постепенно ослабевать; расширятся вены половых органов, усилится отток крови. Половой член станет мягче, уменьшится в объеме. Если движения возобновить - эрекция вновь усилится. Таким образом, мужчина, то приостанавливая, то возобновляя движения во время полового акта, может несколько удлинять его, затягивать, однако лишь до определенного времени. Вдруг наступает такой момент, когда он уже не может управлять эрекцией, теперь от его воли ничего не зависит.

У женщин в фазу возбуждения также усиливается прилив крови к половым органам. В связи с этим малые губы увеличиваются в поперечнике в 2-3 раза и цвет их с нарастанием полового возбуждения переходит из бледно-розового в ярко-красный или темно-красный. У 50% женщин увеличивается и клитор (иногда в 2 раза), становится более плотным. Через 10-30 секунд от начала полового возбуждения половые органы женщины становятся влажными, влагалище покрывается смазкой, облегчающей скольжение полового члена. Эта смазка образуется не только за счет выделения слизи бартолиновыми железами и малыми железами преддверья, но и за счет выпотевания жидкости из венозных сосудов, окружающих стенки влагалища.

В норме у женщины в состоянии покоя стенки влагалища почти плотно прилегают друг к другу, оставляя лишь небольшую щель. В фазе полового возбуждения две внутренние трети влагалища удлиняются и расширяются. Шейка и тело матки несколько оттягиваются вверх и назад. Диаметр влагалища возле шейки матки увеличивается в среднем с 2 до 5,75-6,25 см, (создавая вместилище для спермы. Длина влагалища увеличивается на 2-3 см. В это время в связи с изменениями размеров влагалища у мужчины и женщины нередко создается впечатление, что мужской половой орган « потерялся » во влагалище.

Далее под влиянием фрикций, вызывающих ритмическое раздражение Нервных окончаний, расположенных в половых органах, происходит суммация раздражений и все более нарастает половое возбуждение. Достигнув довольно высокого уровня, оно держится на этом уровне в течение некоторого времени («плато» - фаза). В этой фазе наступает

приспособление влагалища к размерам мужского полового органа. Партнеры начинают хорошо ощущать друг друга. В наружной трети влагалища возникает выраженная местная застойная гиперемия. Наружная треть влагалища, включая bulbus vestibuh, наполняется венозной кровью и заметно набухает, вызывая местное сужение влагалища на 50% по сравнению с размерами в фазе возбуждения, т.е. наружная треть влагалища становится сравнительно узкой трубкой, охватывающей половой член - образуется оргастическая манжетка. Благодаря этому затрудняется вытекание спермы из влагалища, а также обеспечивается более сильная эротическая стимуляция нервных окончаний в наружной трети влагалища и увеличившихся в размерах малых губах. Клитор оттягивается назад от своего нормального нависающего положения. Головка клитора, которая в невозбужденном состоянии выступает, втягивается внутрь, под защитную складку, поэтому даже опытный в сексуальном отношении мужчина теряет мануальный контакт с этим органом. (В этом случае рекомендуется продолжать стимуляцию области лобка.)

В «плато» - фазе происходит увеличение в объеме грудных желез и «эрекция» соска - удлинение его на 1 см и увеличение диаметра на 0,25-0,5 см. У 75% женщин наблюдается гиперемия кожи, распространяющаяся с эпигастральной области на грудь и лицо. Повышается тонус поперечнополосатой мускулатуры, появляются периодически повторяющиеся мышечные сокращения, иногда произвольные судорожные сжатия мышц кистей или пальцев ног. Резко учащаются дыхание, пульс, повышается артериальное давление. Дальнейшее нарастание полового возбуждения приводит к оргазму. Произвольное напряжение поперечно-полосатых мышц живота и ягодиц способствует его наступлению (рис. 1).

На физиологических изменениях, возникающих при оргазме, мы останавливались выше. Здесь лишь отметим, что максимальное повышение артериального давления и учащение дыхания и сердечных сокращений наступают во время оргазма. Специфической реакцией женщины во время оргазма является появление ритмичных сокращений мускулатуры влагалища и матки (с интервалом 0,8 секунды: сокращения влагалища начинаются в момент оргазма, матки - через 2-4 секунды от его начала).

В литературе широко распространено мнение о том, что во время оргазма матка всасывает сперму из влагалища. Данными W. Masters и V. Johnson (1966) это не подтверждается. Так, в экспериментах с применением контрастного вещества, по консистенции и прочим показателям близкого сперме, рентгенологически ни в одном случае не обнаружилось всасывающее действие матки во время оргазма. В другой серии наблюдений оказалось, что в момент оргазма менструальная кровь из матки толчкообразно выбрасывается наружу, что также говорит против «присасывания». Об этом же свидетельствует и то, что в момент оргазма

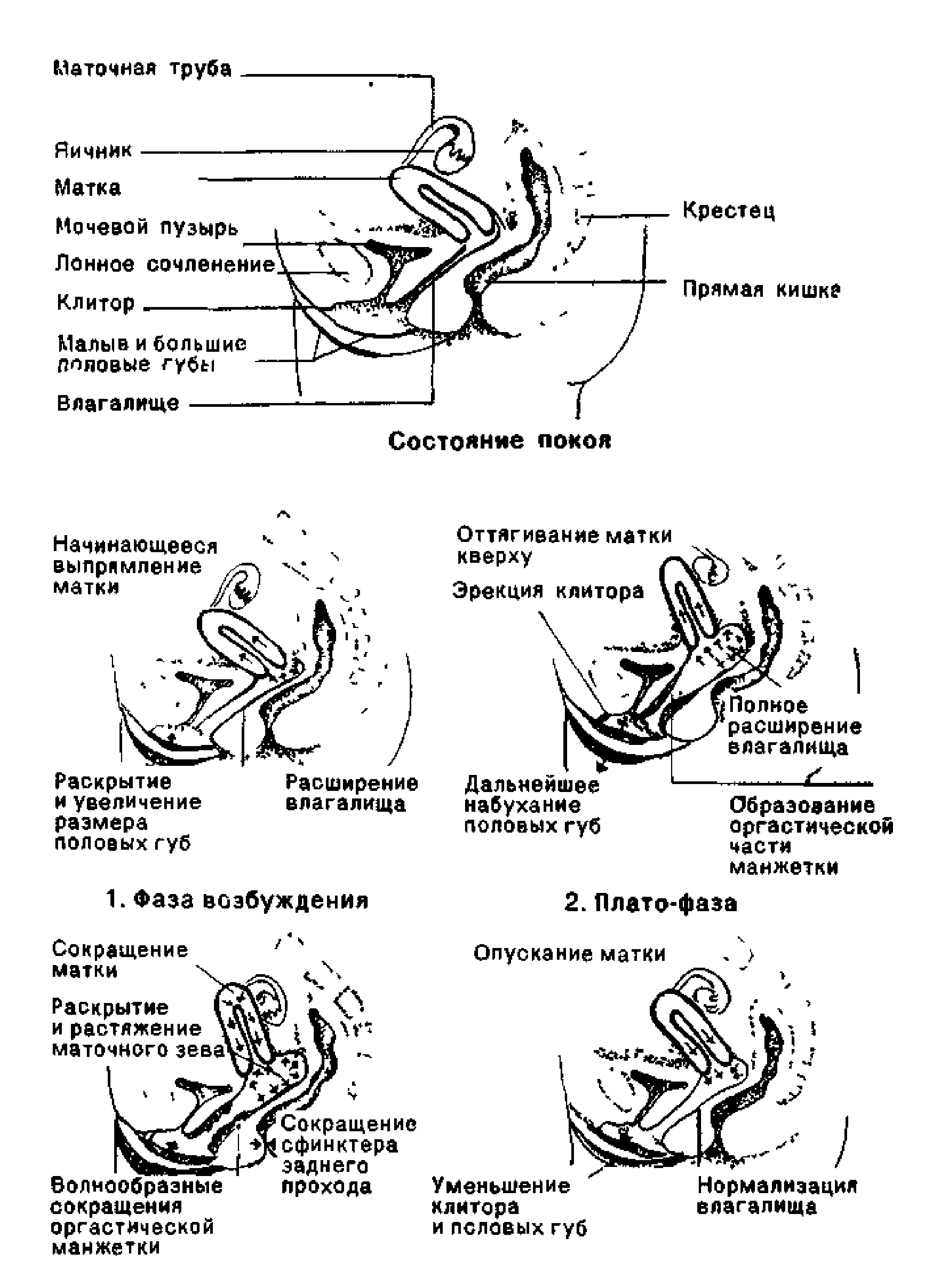


Рис. 1. Изменения половых органов женщины во время полового акта 3. Оргастическая фаза 4. Фаза обратного развития

наружное отверстие канала шейки матки сравнительно отстоит от мест нахождения спермы во влагалище. Приведенные данные говорят о том, что сокращения матки при оргазме направлены не на всасывание, а на изгнание спермы.

У мужчины оргазм тесно связан с наступлением эякуляции. Оргазм начинается с ритмичных сокращений семявыносящих, семявыбрасывающих протоков и семенных пузырьков. Эти сокращения переживаются мужчиной как сладострастные ощущения и в то же время как чувство неизбежности наступления эякуляции, чувство надвигающегося оргазма, остановить который уже невозможно. Сокращения длятся 2-3 секунды. В это время семенная жидкость поступает в простатическую часть уретры. Оргазм достигает своего апогея, когда эякулят с силой, под большим давлением толчкообразно выбрасывается под влиянием ритмичных сокращений луковично-пещеристой мышцы промежности, мышц уретры и предстательной железы в мочеиспускательный канал и наружу. Обычно наблюдается лишь 2-3 интенсивных сокращения мышц с интервалом 0,8 секунды, после чего сокращения становятся реже и слабее. С их прекращением заканчивается и оргазм.

Вслед за оргазмом начинается период обратного развития. Возникает детумесценция - уменьшение кровенаполнения половых органов. У мужчины уже через несколько секунд эрекция значительно ослабляется, половой член становится мягким, примерно на 25% уменьшается в размерах, и мужчина постепенно теряет способность продолжать половой акт. У некоторых мужчин, если они продолжают оставаться в эротизирующей обстановке (например, рядом с обнаженной женщиной), детумесценция может наступить значительно позже. После эякуляции у мужчины наступает рефракторный период - период половой невозбудимости. В это время эротические стимулы, ласки, прикосновения к половым органам не вызывают у него полового возбуждения. Не удается вызвать его и усилием воли. Повторная эрекция возникает обычно через 20-40 минут, а у некоторых мужчин значительно позже (иногда на следующий день).

У женщины после наступления оргазма также постепенно уменьшается кровенаполнение половых органов. Этот процесс протекает у нее несколько длительнее, чем у мужчины - обычно 10-20 минут. Если оргазм не наступил, то детумесценция наступает нередко лишь через 30-60 минут.

После оргазма некоторые женщины с пикообразным, однократным типом оргазма оказываются в половом отношении невозбудимыми. У них возникает рефракторный период, который может длиться довольно долго иногда ряд часов, сутки или дольше. У женщин, способных к повторным оргазмам, рефракторный период может быть весьма кратковременным - одна минута или немного дольше. Женщины, способные к многократные повторным оргазмам, нередко после оргазма, если половой акт продол-

жается, остаются в состоянии возбуждения на уровне «плато» - фазы на этой фазе у них вновь и вновь повторно возникают оргазмы, причем каждой раз возбуждение падает лишь до уровня «плато» - фазы.

Явления обратного развития не обязательно наступают лишь после оргазма или эякуляции. Они могут начаться на любой фазе полового акта при его внезапной остановке в случае возникновения каких-либо помех для его нормального течения.

После наступления оргазма у женщины застой крови в наружной трети влагалища уменьшается очень быстро, благодаря чему прекращается сужение его наружной трети, препятствующее вытеканию спермы. Если мужчина после эякуляции продолжает совершать фрикции, то каждая из них способствует вытеканию семени. Если же оргазм у женщины не наступил, то а процессе обратного развития сужение влагалища (оргастическая манжетка) держится 20-30 минут, тем самым увеличивая вероятность оплодотворения. В связи с этим W. Masters и V. Johnson рекомендуют женщинам, желающим забеременеть, не доводить себя до оргазма.

Объективными признаками наступления оргазма у женщины служат ритмичные сокращения наружной трети влагалища (часто неулавливаемые мужчиной). У некоторых женщин в момент оргазма соски настолько сокращаются, что кожа вокруг них становится морщинистой, этот заметный телесный признак также может свидетельствовать о наступлении оргазма.

Цикл полового возбуждения, оканчивающийся оргазмом, мы будем называть завершенным. При незавершенном цикле может наблюдаться лишь небольшое половое возбуждение, без возникновения сокращений стенок влагалища, оргазма. В этих случаях женщины отмечают, что половая близость была им безразлична или приятна, однако ярких ощущений не вызывала. Некоторые женщины испытывают глубокое чувство удовлетворения даже и в этих случаях. Но если во время половой близости у женщины возникла высокая степень полового возбуждения, а разрядка не наступила, оттого ли, что половой акт слишком быстро закончился, или потому, что у данной женщины вообще разрядку не вызвать, то возникает состояние фрустрации. Это тягостное нервное напряжение с чувством неудовлетворенности, иногда аффективными разрядками, слезами, истероформным поведением. По окончании полового акта прилив крови к половым органам может держаться до часа, возникает чувство тяжести внизу живота, боль в пояснице. Частые длительные застои крови и лимфы в тазовых органах могут, возможно, способствовать возникновению в них неспецифических воспалительных процессов, болезненности месячных, а также появлению белей.

Половой акт переживается многими женщинами как кульминационный момент в сложных межличностных отношениях с мужчиной, как физическое и духовное слияние с ним. Они чувствуют себя оскорбленными, если мужчина сразу же после половой близости перестает обращать на них внимание, отворачивается и засыпает. Женщины обычно нуждаются в завершающих ласках, проявлении нежности, внимания, благодарности и лишь тогда чувствуют себя удовлетворенными.

ГЛАВА IV

МЕТОДИКА ИССЛЕДОВАНИЯ СЕКСУАЛЬНЫХ НАРУШЕНИЙ У ЖЕНЩИНЫ

Половая функция связана с наиболее интимной стороной жизни человека, поэтому выяснение ее представляет значительные трудности. Оно требует от врача большого такта, умения не задеть чувство стыдливости женщины и вызвать ее доверие.

Беседа должна обязательно протекать с глазу на глаз, без присутствия в кабинете другого врача, медицинской сестры или санитарки. Даже муж, находящийся за дверью кабинета, иногда оказывает тормозящее влияние на больную.

Если женщина обращается к врачу по поводу нарушения половой функции, например отсутствия полового удовлетворения, то последующий сбор анамнестических сведений, как показывают наши наблюдения, не представляет значительных затруднений. Сам факт обращения к врачу с этими жалобами говорит о том, что больная заранее настроилась на беседу с сексологом и в той или иной степени преодолела чувство смущения. Однако и в этих случаях желательно предупредить больную, что врач вынужден коснуться интимной стороны ее жизни, и, получив ее согласие, между прочим, заметить, что содержание беседы никогда не станет чьим-либо достоянием*. Предварительно можно предложить больной заполнить "Анкету для оценки состояния сексуальной функции женщины", разработанную Г. С. Васильченко, А. Нохуровым (1976). Она помогает больной настроиться на беседу с врачом и облегчает врачу первичную ориентацию в состоянии пациентки.

Беседа обычно начинается с выяснения жалоб больной, анамнеза жизни, а также семейного и гинекологического анамнезов, затем выявления характерологических особенностей и психотравмирующих переживаний. После этого переходят к сексологическому анамнезу. Объем получаемых сведений зависит от характера жалоб больной. Так, при жалобах

В нашей консультации прием у сексопатолога анонимный. Не требуете предъявления документов. Фамилия заменяется псевдонимом, который больная себе выбирает. Это гарантирует конфиденциальность.

на появившееся за последние годы резкое усиление полового влечения не расспрашивают о подробностях протекания полового акта, существенных при обследовании больной с аноргазмией.

У всех больных с сексуальными нарушениями желательно выяснить: характер первых половых переживаний, проявлений полового любопытства, сексуальных игр и контактов в детском возрасте; характер первых ведений о различиях полов и половой жизни; источники информации реакцию на нее; сексуальное воспитание в семье (строгое или свободное). Могут быть и такие вопросы: появлялся ли интерес к мальчикам? было ли чувство влюбленности (в каком возрасте?), встречи с мальчиками, поцелуи, ласки эротического характера? петтинг? Какова была реакция на них? мечтала ли о замужестве, семье, детях? испытывала ли влечение к ласке, нежности? было ли влечение к половому акту? когда оно появилось? бывали ли эротические сновидения? время их появления, частота, содержание (ухаживание, ласки, половой акт)? сопровождались ли они оргазмом? оказывают ли возбуждающее действие рассказы и кинофильмы эротического содержания, вид обнаженного мужского или женского тела, половых органов мужчины? было ли когда-нибудь желание их разглядывать? имеются ли четкие эрогенные зоны, какие? могла ли когда-либо сама у себя вызвать оргазм, например при подмывании или девочкой при сжатии бедер? не могла или не пыталась его вызвать? пробовала ли заниматься самовозбуждением (онанизмом)?

В случае замужества выясняются взаимоотношения супругов, наличие чувства влюбленности, уважения, духовного контакта, бытовые условия (спят ли одни в комнате?), динамика ритма половой жизни: началась ли она в браке или до брака? что побудило начать ее до брака? как протекала дефлорация (болезненность, кровотечение)? поведение партнера при дефлорации? реакция на дефлорацию? через сколько минут или секунд у мужа возникает семяизвержение, если супруги живут половой жизнью 2-3 раза в неделю и если фрикции совершаются без пауз, непрерывно? длится ли акт когда-либо 5-10 минут или дольше? возникал ли оргазм во время полового акта? когда возник впервые? при каких обстоятельствах? с чем можно связывать его первое появление (большей длительностью акта, изменением позы, изменением психологической атмосферы и т.п.)? характерные особенности оргазма (скорость наступления, тип, самые короткие интервалы между двумя оргазмами и т.п.)? частота половых актов в неделю, как часто они сопровождаются оргазмом? самочувствие после половой близости? как воспринимается половой акт, не сопровождающийся оргазмом (приятен, безразличен или тягостен)? возникает ли состояние Фрустрации? удовлетворенность половой жизнью? потребность в половой жизни и как переносится половое воздержание? половая возбудимость в разные периоды менструального цикла? поведение мужа непосредственно после полового акта?

Помимо этих общих сведений, в случае аноргазмии выясняются особенности протекания полового акта (при наличии в прошлом нескольких партнеров - с каждым из них): длительность, психоэротическая настроенность перед половым актом, эротическая подготовка к половому акту (проявления нежности, ласки тела, грудных желез, области клитора), длительность и интенсивность этой подготовки и реакция на нее? увлажняются ли половые органы к началу полового акта? какова интенсивность фрикций? проводилась ли дополнительная мануальная стимуляция клитора во время фрикций? какие позы применялись при половой близости и какие из них были более приятны? каково поведение по отношению к мужу: ласкова ли с ним, ищет ли половой близости или уклоняется от нее под различными предлогами? не симулирует ли оргазм? какие проявления сексуальных отношений больная и ее муж считают приемлемыми с моральной или иных точек зрения? чего, по мнению больной, ей недостает для того, чтобы половая жизнь стала гармоничной? методы предохранения от беременности и их влияние на половую жизнь?

В случае мастурбации выясняются обстоятельства возникновения, способ осуществления, частота актов, характеристика оргазма, сила влечения к онанизму, отношение к нему (индифферентное, угрызения совести, представления о страшных последствиях).

Исследование больных с перверсиями проводится по общим принципам, принятым в психиатрии. При этом уделяется внимание обстоятельствам возникновения перверсии и ее проявлениям, а также характерологическим особенностям личности. В случае гомосексуализма, кроме того, желательно выяснить течение беременности у матери больного: не предпринимались ли попытки ее прерывания? не подвергалась ли мать во время беременности лучевому воздействию? не принимала ли гормональные препараты или нейролептические средства (особенно на IV-VI месяцах беременности)? Выясняется также: кто из родителей был ведущим в семье[7] (лидером)? отношение к отцу и матери? количество братьев и сестер? предпочтение мальчишеским или женским играм и занятиям? мужским или женским профессиям? любовь к женским нарядам и украшениям, косметике, мужской одежде? половая жизнь с мужчинами, если таковая была, и реакция на нее? появление гомосексуальной направленности полового влечения и ее проявления? частота и форма гомосексуальных контактов? при каких обстоятельствах впервые возник оргазм? играет ли роль «мужа» или «жены» в случае возникновения гомосексуальной пары? ощущает ли себя мужчиной или женщиной? считает ли гомосексуализм противоестественным и хотела ли бы лечиться?

После беседы переходят к соматическому обследованию. У всех больных с сексуальными нарушениями обращают внимание на телосложение (отношение ширины бедер к ширине плеч), выраженность

вторичных половых признаков, наличие явлений маскулинизма. Выясняют состояние внутренних органов, неврологический статус. Детальное неврологическое обследование, исследование глазного дна, обзорный снимок черепа, электроэнцефалография особенно важны в случае жалоб на гиперсексуальность, а также гомосексуальную направленность полового влечения или подозрение на фригидность, являющиеся следствием церебрального заболевания.

Все женщины с жалобами на сексуальные нарушения подлежат гинекологическому обследованию. Выясняются: состояние наружных половых органов, слизистой оболочки влагалища, шейки матки, положение матки, величина и консистенция, связочный аппарат, состояние придатков, а также болезненность их при исследовании. Кроме того, важно отметить тип растительности на лобке, развитость наружных гениталий (малых губ, клитора), расстояние от клитора до входа во влагалище, ширину и глубину влагалища от входа до шейки матки и от входа до дна заднего свода, сократимость просвета влагалища при напряжении мышц промежности (степень сжатия пальцев врача, введенных во влагалище), наличие Рубцовых изменений в области клитора, влагалища и промежности, состояние мышц тазового дна. Исследуется чувствительность на прикосновение клитора, малых губ, наружной трети влагалища и глубоких его отделов. В случае аноргазмии желательно, чтобы врач, лечащий больную, выявил характеристику основных эрогенных зон, т.е. эротическую чувствительность гениталий. Она во многом зависит от общей психоэротической настроенности женщины и поэтому, естественно, трудно определяется в условиях врачебного обследования. Однако даже и в этих условиях в известной мере о ней можно получить достаточно четкое представление.

Перед проведением такого обследования женщине разъясняется, что, поскольку у нее отсутствует половое удовлетворение, обычного гинекологического обследования недостаточно - врачу важно выявить ее специфическую чувствительность, т.е. прикосновение к каким участкам половых органов может вызвать у нее эротические ощущения, и что в случае их возникновения не следует это скрывать. Выяснить все это можно, если женщина согласна и готова соответствующим образом себя настроить. Обследование проводится лишь при ее согласии.

Обстановка обследования и фиксация внимания женщины на своих ощущениях иногда могут тормозить эротическую реакцию, поэтому обследование желательно повторить, если сразу не удалось выявить эрогенные генитальные зоны.

Обследование удобнее производить при надетых на пальцы резиновых напальчниках, смазанных вазелином. Выявляются адекватные для женщины стимулирующие воздействия на область клитора, зону S и задний свод влагалища. Эти исследования имеют значение как для выявления причин

аноргазмии, так и для более целенаправленного характера рекомендации по взаимной адаптации супружеской пары.

При аноргазмии, гиперсексуальности и гомосексуализме большое значение имеет гормональное обследование женщины. Методика его описывается в руководствах по эндокринологии и гинекологии. Мы же остановимся лишь на некоторых сторонах обследования, имеющих существенное практическое значение.

Как указывалось, гипоталамус - гипофиз - периферические эндокринные железы образуют единую функциональную систему с обратной связью. В связи с этим один и тот же симптом эндокринного нарушения может иметь различное происхождение. Например, повышенное содержание в крови тестостерона может быть следствием как первичного поражения яичников и надпочечников, так и гипофиза, вырабатывающего соответствующий рилизинг-фактор, усиливающий выработку гормона железой.

При сборе анамнестических сведений об эндокринной функции выясняется время появления первой менструации - менархе. По данным ряда авторов, она чаще всего приходит в возрасте от 12 до 14 лет, не завися от географических и климатических условий, а также расовой принадлежности. Запаздывающее начало менструаций (после 15 лет) наблюдается при задержке полового созревания, раннее (до 10 лет) - при преждевременном половом созревании. Отсутствие месячных (без циклических ежемесячных болей) чаще всего свидетельствует о генитальном инфантилизме, нерегулярность менструального цикла в первые годы после менархе - о нарушении деятельности глубоких структур мозга, а в детородном возрасте - о нарушении функции яичников. Многократные беременности говорят в пользу сохранности функции последних.

О половом развитии в пубертатном возрасте можно судить по степени выраженности вторичных половых признаков. Так, пышные вьющиеся волосы на лобке с горизонтальной верхней линией наблюдаются при хорошей гормональной насыщенности, слабое или отсутствующее оволосение лобка - при гормональной недостаточности, оволосение по мужскому типу говорит в пользу гиперандрогении. О ней же свидетельствует и увеличение в размерах клитора. При выраженной эстрогенной недостаточности большие и малые губы слабо пигментированы, тургор их низкий, слизистая вульвы и влагалища бледная, атрофичная, влагалище узкое, нерастяжимое, своды уплощены, пигментация ореола сосков бледная, диаметр менее 5 см.

Отношение роста женщины к высоте ее ноги (траханторный индекс) в среднем равен 1,87-2,04. Симптомы гипогонадизма в сочетании с пониженным траханторным индексом характерны для гипофункции половых желез, в сочетании с повышенным индексом - для первичного поражения гипофиза.

для выявления гормональной функции яичников можно пользоваться методом гистологического исследования влагалищных мазков. Мазки берет гинеколог на 5, 8, 11, 14, 17, 20, 23 и 26-й дни менструального цикла, те. каждые три дня, начиная с 5-го дня менструального цикла. Результаты анализов позволяют судить о степени насыщенности эстрогенами в разные фазы менструального цикла: в ранней фолликулиновой фазе (5-8-й дни), поздней фолликулиновой фазе (11-17-й дни) и лютеиновой фазе (20-26-й дни).

Для суждения о гормональной функции может быть также исследована шеечная слизь. У женщин с нормальным менструальным циклом во время фолликулиновой фазы в шеечной слизи наблюдается выраженный феномен « листа папоротника». Во второй фазе цикла, во время расцвета желтого тела, этот феномен не выявляется. Удается обнаружить лишь аморфные глыбки. При резком дефиците эстрогенов, например в период менопаузы, наблюдается отрицательный феномена листа папоротника».

С гормональной функцией гипофиза и яичников тесно связан процесс овуляции. Для суждения о ней много ценного может дать измерение ректальной температуры, которое следует проводить в течение 5 минут ежедневно утром, не вставая с постели, до опорожнения кишечника и мочевого пузыря одним и тем же медицинским градусником. На основании полученных данных вычерчивается график изменения температуры (базальная температура). Температуру следует измерять на протяжении всего менструального цикла. При нормальном цикле во время пролиферативной фазы ректальная температура колеблется от 36 до 36,8° С, не поднимаясь выше 37° С. После овуляции и на протяжении всей лютеиновой фазы наблюдается подъем ректальной температуры с 37 до 37,4° С, что обычно совпадает с овуляцией. Если подъем температуры отсутствует или составляет лишь 0,1-0,4° С (монофазная температурная кривая), то это обычно свидетельствует о том, что овуляция не наступила. Повышение температуры совпадает с появлением первых лютеальных признаков во влагалищных мазках. Данные цитологического исследования влагалищных мазков, шеечной слизи, а также наблюдение за ректальной температурой взаимно дополняют друг друга.

Наличие у женщин мужских половых гормонов - андрогенов - может быть установлено путем исследования крови. Кроме того, об их уровне можно судить по содержанию 17-кетостероидов в моче. Для этого проводится лабораторное исследование суточной порции мочи. В норме (суммарно) у женщины в моче содержится 16,4-18,0 мг (у мужчины 6,6-23,4) 17-кетостероидов и 4,8 мг 17-оксикортикостероидов. Содержание эстрогенов в суточном количестве мочи у женщины составляет в фазе овуляции - 32,12 ±2,42 мгк, в лютеальной фазе - 27,3 ± 1,2 и постменопаузе - 8,9 ±1,1 мгк. Для выявления гонадотропной функции гипофиза с помощью радиоиммунологических методов определяют содержание в крови его гормонов: фолликулостимулирующего (ФСГ), лютеинизирующего (ЛГ) и пролактина.

ГЛАВА V

КЛИНИКА ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ СЕКСУАЛЬНЫХ НАРУШЕНИЙ У ЖЕНЩИНЫ

До сего времени не существует общепринятой классификации функциональных сексуальных нарушений у женщины. Построение ее по этиологическому принципу встречает большие трудности, так как некоторые сходные состояния, например фригидность или гомосексуализм, бывают различной этиологии.

Нарушения половой функции могут проявляться как в виде ее усиления или ослабления, так и в виде ее извращения (перверсии, парафилии), т.е. нарушения направленности полового влечения или условий его реализации. От перверсии следует отличать сексуальные отклонения от принятых в данном обществе форм полового поведения, не относящиеся к патологии. Это некоторые формы онанизма (не носящие навязчивый характер), гомосексуальное поведение, не связанное с извращением направленности полового влечения, оральный контакт с мужскими (фелляция или пенилликция) или женскими (кунилингус или минет) половыми органами.

Мы будем пользоваться следующей рабочей группировкой функциональных сексуальных нарушений у женщины, построенной на клиническом принципе и учитывающей исторически сложившиеся обозначения форм половых нарушений:

I. Нарушения либидо и оргазма: 1) алибидемия, 2) аноргазмия, 3) гиперсексуальность.

II. Вагинизм.

III. Генитальгия.

IV. Половые перверсии: 1) нарушение направленности полового влечения (аутоэротизм, гомосексуализм, педофилия, геронтофилия, трансвестизм, зоофилия), 2) нарушение условий реализации полового влечения (фетишизм, мазохизм и садизм, эксгибиционизм).

Приведенный список охватывает лишь основные формы функциональных сексуальных нарушений, встречающихся у женщин.

В ряде случаев эти формы имеют не только клинические, но и патогенетические особенности.

Нозологическое положение половых перверсий весьма неопределенно.

В большинстве руководств по психиатрии они описываются в главе психопатий и относятся к проявлениям особой перверсной или половой психопатии. Это мало обосновано, так как перверсии могут возникать на почве любой формы психопатии, а также у непсихопатических личностей. По нашим данным, чаще всего они возникают у лиц с тревожно-мнительными чертами характера, склонных к возникновению навязчивых состояний.

Перверсии (за исключением активной формы женского и пассивной формы мужского гомосексуализма, а также трансвестизма) чаще всего представляют собой проявления зафиксировавшихся навязчивых действий или влечений, возникших по механизму условного рефлекса, и в этих случаях должны были быть отнесены к неврозу навязчивых состояний (с проявлением навязчивости в сексуальной сфере).

В Международной статистической классификации болезней, травм и причин смерти 9-го пересмотра (1975), принятой в СССР, в разделе «Неврозы, расстройства личности и другие психиатрические нарушения» в качестве самостоятельной единицы наряду с неврозами (№ 300) приведены и сексуальные нарушения (№ 302).

Аноргазмия

Аноргазмия - отсутствие оргазма при половой жизни - часто встречающееся состояние у женщины. По мнению гинеколога Helene Michel-Volfromm (1965), оно наблюдается у 40% женщин Франции. Из 1500 женщин, обследованных в Вене Helene Stourzh (1962), треть никогда не испытывали оргазма, причем 65% из них имели половые связи с разными мужчинами. Не испытывали полового удовлетворения и треть женщин, опрошенных Hanna Malewska (1967) в Польше; 44% из 2000 женщин, опрошенных S. Schnabl (1990) в ГДР, не испытывали оргазма или испытывали его крайне редко. По A. Kinsey (1963), не испытывали оргазма 17% женщин, живших половой жизнью не менее 5 лет. По нашим данным, из 300 женщин, опрошенных в 1967 г., регулярно живших половой жизнью не менее 3 лет, испытывали оргазм при каждой или почти каждой половой близости 16%, часто (больше чем в половине случаев) - 22%, изредка (не более чем в половине случаев) - 44% и никогда - 18% женщин*. Близкие результаты (18,4% случаев аноргазмии) получены З. В. Рожановской (1977). В отличие от этого из 500 опрошенных мужчин аноргазмии не наблюдалось ни в одном случае (Свядощ А. М. и Попов И. А., 1967).

---

* H. Michel-Wolfromm, E.Griffith, H. Stourzh, H, Malewska, S. Schnabl не учитывали длительности половой жизни опрошенных женщин, поэтому их данные не сопоставимы с нашими.

Почему же у женщин аноргазмия встречается во много раз чаще, чем у мужчин? Это, видимо, объясняется биологическими факторами, - тем, что у мужчин, как правило, оргазм наступает лишь при наличии эякуляции. У женщин оргазм не связан с выделением яйцеклетки (беременность возникает независимо от наличия полового удовлетворения). Они способны к половой жизни и продолжению рода независимо от наличия полового влечения и наступления оргазма. Мужчины же, у которых не возникало полового влечения, эрекции и эякуляции, не давали потомства и, таким образом, устранялись в результате естественного отбора.

Аноргазмия часто встречается со снижением полового влечения или его отсутствием - алибидемией. Причинами последней могут быть различные нейроэндокринные нарушения, интоксикации наркотиками, снотворными, нейролептиками и транквилизаторами, гипоталамические поражения травматического, инфекционного или интоксикационного генеза, депрессивные состояния, психотравмирующие воздействия и т.п. Одной из частых причин является возникновение защитного торможения полового влечения при дисгамии, на чем мы остановимся ниже. По данным 3. В. Рожановской (1972), сохранность полового влечения наблюдалась у женщин, всегда испытывавших оргазм в 100% случаев, иногда - в 78%, крайне редко - в 52% и среди никогда не испытывающих оргазма - лишь в 40% случаев. В общем аноргазмия встречается тем реже, чем сильнее либидо. У многих женщин половое влечение пробуждается лишь после того, как они начинают испытывать оргазм. Мы наблюдали женщин, у которых сильнейшее половое влечение внезапно впервые возникало сразу же после того, как у них удавалось вызвать оргазм, хотя до этого они годы жили половой жизнью и считали себя в половом отношении холодными.

По реакции на аноргазмию различают следующие три степени: 1. Оргазм не наступает, хотя половой акт и сопровождается в той или иной степени приятным возбуждением (satisfactio sine orgasmo); во время полового акта выделяется секрет половых желез. II. Половой акт безразличен, полового возбуждения или приятных ощущений не вызывает (женщины в это время нередко бывают заняты посторонними мыслями). III. Половой акт неприятен, сопровождается тягостными ощущениями или вызывает отвращение; женщина старается избегать половой жизни.

Аноргазмия может являться следствием либо фригидности, либо дисгармонии половых отношений между супругами, которые мы назовем дисгамией (от греч. gamos - супруг).

Фригидность

Под фригидностью (от лат. frigiditas - холод) будем понимать аноргазмию, обусловленную неспособностью женщины к переживанию

оргазма*: Некоторые авторы чрезмерно расширяют рамки понятия фригидности, относя к фригидным всех женщин, не способных к переживанию вагинального оргазма, поэтому по их статистике фригидными оказываются до 90% женщин. По нашим данным, фригидность встречается лишь у трети женщин, страдающих аноргазмией и состоящих в браке не менее одного года.

Фригидность может носить как временный, так и постоянный характер, возникать как с начала половой жизни (первичная), так и в процессе ее у женщин, ранее испытывавших оргазм (вторичная фригидность). В зависимости от причин, вызывающих фригидность, мы считаем возможным выделить следующие ее формы: ретардационную, симптоматическую, психогенную, конституциональную.

Ретардационная фригидность носит временный характер и связана с некоторым запаздыванием (ретардацией) психосексуального развития. Способность к переживанию оргазма не у всех женщин развивается одинаково быстро. У одних она обнаруживается уже в раннем детском возрасте, у других появляется лишь спустя несколько лет после замужества или после беременности. Известны женщины, которые жили половой жизнью с 12-14-летнего возраста, но лишь в 22-25 лет впервые испытали оргазм, не прибегая к врачебной помощи, и с тех пор всегда были очень чувственными.

По A. Kinsey (1954), чувство оргазма (при мастурбации, эротических сновидениях и редко - половой жизни) испытывали в возрасте до 11 лет 9% девочек, до 13 лет - 14%. К 15 годам оргазм пережили 25% девочек и 85% мальчиков. В возрасте до 15 лет 20% девочек и 82% мальчиков вызывали у себя оргазм путем мастурбации.

Как указывалось, физиологически у многих женщин половое чувство достигает полового развития лишь к 26-28 годам. Во время первой брачной ночи женщины в подавляющем большинстве случаев не испытывают оргазма. Они начинают его ощущать обычно спустя недели или месяцы, а иногда и годы после замужества. Так, по S. Schnabl (1979), начали испытывать оргазм в течение первого года половой жизни лишь 19% женщин, второго года - 15%, третьего - 11%, на четвертом-пятом - 14%, шестом-девятом году - 11%, на десятом году или позже - 9% женщин; никогда не пережили оргазма 11% (10% не ответили на вопросы). По

---

* В качестве синонима фригидности в немецкой литературе часто применяют термин «диспарейния» (dyspareunia); в англо-французской литературе диспарейнией обычно называют болезненность полового акта у женщины или комплекс тягостных ощущений (разбитость, слабость, головная боль, тошнота), возникающих при половом акте; некоторые авторы термин «фригидность» применяют в качестве синонима алибидемии.

З. В. Рожановской и А. М. Свядощу (1969), оргазм испытывали в первые 3 месяца после замужества 22% женщин, к концу первого года - 42%, к 5 годам замужества - 72% и свыше 10 лет - 89%. Оргазм возник вскоре после родов у 30%, значительно позднее родов (некумулятивные показатели) - у 11% женщин; у 18% опрошенных оргазм впервые наступил при смене партнера. Согласно этим же данным, из числа женщин, не испытывавших оргазма в начале половой жизни, 32% не могли связать появление первого оргазма с какими-либо внешними обстоятельствами, такими, например, как более длительная подготовка к половому акту, появление большего доверия к партнеру или благоприятные изменения жилищно-бытовых условий. Они давали ответы: «Стала понимать …», «После родов стала женщиной …».

Т., 28 лет. Замуж вышла в 18 лет за молодого человека на 4 года ее старше. Муж нравился. До этого ни в кого не влюблялась, хотя ласки были приятны. Половая жизнь на 3-й день после бракосочетания. Дефлорация малоболезненна, с незначительным кровотечением. Восприняла ее спокойно. На протяжении первых трех с половиной лет во время близости оставалась равнодушной. Муж длительно совершал половой акт, перед началом проводил психоэротическую подготовку. Однако ласки тела, молочных желез, половых органов вызывали лишь появление гиперемии половых органов и увлажнение их, а эротических ощущений не возникало. Во время полового акта независимо от его длительности оставалась равнодушной. На третьем году супружества родила дочь. После родов во время полового акта 3-4 раза возникало легкое сексуальное возбуждение. «Однажды, - рассказывает она, - все было как всегда, и вдруг я провалилась... и с этого времени часто стала испытывать оргазм во время половой близости».

Больная среднего роста, правильного телосложения, вторичные половые признаки хорошо развиты. Менструации с 13 лет по 3-4 дня, безболезненные.

В данном случае ретардация в развитии полового чувства устранилась после родов.

По Е. Stourzh (1962), среди вышедших замуж до 20 лет фригидность встречается в два раза чаще, чем среди вступивших в брак около 30 лет. Таким образом, видимо, у ряда женщин наблюдается временная фригидность, являющаяся следствием некоторого запаздывания в развитии полового чувства. Надо сказать, что такая форма фригидности вовсе не обязательно бывает у инфантильных женщин. Она может наблюдаться и у цветущих женщин, с хорошо развитыми вторичными половыми признаками. Большую роль в возникновении фригидности играют индивидуальные особенности темперамента. Чрезмерная строгость воспитания, стеснительность, ведущие к резкому подавлению сексуальности девушки, могут несколько тормозить развитие полового чувства, особенно в начале замужества. Многие женщины с ретардационной фригидностью этого типа рассказывают, что до замужества у них почти не возникало полового влечения, они оставались холодными в половом отношении в первые годы

замужества, однако в дальнейшем во время одного из половых актов с мужем неожиданно для себя пережили оргазм, после чего начали испытывать его часто. Во многом характерно следующее, хотя и не совсем обычное, наблюдение.

М., 30 лет, рассказала, что замуж вышла в 19 лет за молодого человека на 3 года старше ее. Жила с ним 5 лет. Муж обладал нормальной половой способностью. Она до замужества никогда ни в кого не влюблялась, никогда не испытывала желания половой близости, эротических сновидений или каких-либо признаков полового возбуждения. В своего будущего мужа также не была влюблена, хотя относилась к нему положительно, в брак вступила по совету родителей.

В течение двух с половиной лет замужества оставалась фригидной. К началу полового акта возникала гиперемия наружных половых органов, выделялся секрет желез, увлажняющий вход во влагалище, однако в течение всего коитуса оставалась равнодушной и полового возбуждения не испытывала. Длительность полового акта была около 3 минут. В 21 год неожиданно впервые в жизни влюбилась в сослуживца Н., с которым до этого изредка встречалась на работе. Бурная страсть к нему неожиданно вспыхнула, когда вместе с ним за столом выполняла задание. Свои чувства от него скрыла. Дома от одной мысли о нем чувствовала жар в лице, сердцебиение. Мужа не хотелось видеть. Однажды во время половой близости с мужем представила себе, что находится в объятиях Н., и впервые испытала половое удовлетворение. После этого оргазм стал наступать примерно через 3 минуты при каждой половой близости с мужем (иногда по 2 раза за ночь). С Н. никогда в близких отношениях не была. Мужа полюбила.

М. хорошо сложена. Растительность на лобке по женскому типу. Бедра узкие, плечи сравнительно широкие. Менструации на 17-м году жизни по 3 дня, необильные. Была одна беременность, закончившаяся нормальными родами. Полагает, что забеременела в тот день, когда впервые испытала оргазм. По характеру общительная, материнские чувства развиты сильно.

В приведенном случае имелась небольшая ретардация полового развития, о чем говорит запоздалое начало менструаций и отсутствие проявления полового влечения до 22-летнего возраста Самоустранение этой ретардации ознаменовалось появлением чувства влюбленности и исчезновением фригидности. Своеобразно то, что во время половой близости с мужем представление о другом (любимом) человеке, по всей вероятности, повысило половую возбудимость и способствовало возникновению оргазма.

А. Kinsey отмечает определенную корреляцию между мастурбацией до брака и фригидностью. Из женщин, не занимавшихся мастурбацией, в первый год замужества не пережили оргазма 35%, а среди занимавшихся - лишь 15%. Среди первых удовлетворение при половом акте испытывали всегда или почти всегда в первый год замужества около 35%, среди вторых - 45%.

При ретардационной фригидности половое влечение отсутствует или слабо выражено. Эротических сновидений и экстракоитального оргазма

не наблюдается. Эрогенные зоны ареактивные или слабоактивны. Половой акт безразличен или слегка приятен, не вызывает фрустрации. По мере устранения ретардации пробуждается половое влечение, появляются сексуальные интересы, эротические сновидения. Повышается реактивность эрогенных зон. Ретардационная фригидность всегда бывает первичной.

Надо сказать, что иногда отсутствие оргазма у женщины в первые месяцы замужества обусловлено не ее фригидностью, а дисгамией, в частности недостаточным приспособлением супругов друг к другу.

Симптоматическая фригидность представляет собой проявление какой-либо основной болезни, например, органического заболевания головного или спинного мозга, хронической интоксикации свинцом, наркотиками, эндокринных нарушений, гипоплазии полового аппарата, сильной боли при коитусе из-за retro – flecsio - uteri или гинекологических заболеваний. К временной утрате или ослаблению полового влечения и оргастических ощущений могут вести авитаминозы, постинфекционная астения, резкое переутомление, недосыпание, например при уходе за грудным младенцем, и т.п.

Нередко, как указывалось, женщины начинают впервые испытывать оргазм после родов. Однако иногда наоборот - до родов половая жизнь была гармонична, а после родов оргазм перестает возникать, и муж иногда начинает слабее ощущать жену во время акта. Причиной этого часто является родовая травма мышц тазового дна и промежности, а также слизистой влагалища, его делятация, травматизация нервных окончаний.

Мы наблюдали периодическую фригидность, длившуюся у одной больной год и через 6 лет повторившуюся, а у другой больной - дважды повторившуюся в виде фаз длительностью в 4 и 6 месяцев, со «светлыми» промежутками в полтора года. У больных вначале угасало половое влечение и близость становилась безразличной, утрачивалась чувствительность клитора Далее, у одной из них оргазм перестал возникать, у второй стал возникать во время акта внезапно, на фоне очень слабого сексуального возбуждения (редукция «плато» - фазы) и был очень бледным. Периодическая фригидность у одной больной была проявлением скрытой эндогенной (циклотимической) депрессии и явилась ее единственным, резко выступавшим симптомом (основной жалобой). Антидепрессанты улучшили состояние: литий был назначен больным для профилактики рецидивов. (Иногда при эндогенной депрессии, как элемент смешанного состояния, половое влечение бывает усилено). По данным E. Stourzh (1962), 3. В. Рожановской (1977), нет статистически достоверной связи между аноргазмией и недостаточностью функции яичников. Так, по 3. Ф. Рожановской, из 374 женщин, обратившихся по поводу снижения либидо до полного его исчезновения и аноргазмии, нормальный уровень эстрогенов отмечался у 53,5%, эстрогенная недоста-

точность - у 11,6%, гиперэстрогения - у 33,9%. Данных о содержании у этих женщин мужских половых гормонов мы не встретили, хотя эти гормоны оказывают большое влияние на половое влечение женщины.
Длительные застойные явления в половых органах, вызванные воспалительными заболеваниями или, как увидим, дисгамией, могут, в свою очередь, вести к ослаблению оргастических ощущений, аноргазмии, а иногда - к ослаблению либидо.

При симптоматической фригидности, вызванной гинекологическими заболеваниями, либидо, эротические сновидения, экстракоитальный оргазм и чувствительность эрогенных зон могут также оставаться сохранными. При диэнцефальной, эндокринной и интоксикационной фригидности они чаще всего отсутствуют.

Симптоматическая фригидность может быть как первичной, так и вторичной.

Психогенная фригидность возникает вследствие торможения сексуальных функций психическими факторами. Она может быть обусловлена рядом причин. Так, ее могут вызывать несоответствие мужа идеалу, чувство неприязни к нему (брак с нелюбимым человеком), неуверенность в прочности семейных отношений. Надо сказать, что чаще все это ведет лишь к временной задержке полового чувства и в дальнейшем, при хорошей потенции мужа, может появиться половая привязанность. Иногда, наоборот, как указывалось, сильная влюбленность до брака может смениться разочарованием, если вследствие недостаточности потенции мужа или дисгамии у женщины не наступает полового удовлетворения. Тормозить наступление полового удовлетворения могут сильное чувство любви к другому, а также, как уже говорилось, чрезмерная строгость воспитания, ведущая к подавлению сексуальности.

Сильные психотравмирующие переживания, особенно адресованные к сексуальной стороне жизни, также могут повести к длительной задержке полового влечения, которая при этом может носить избирательный характер, т.е. быть направленной на определенное лицо и не распространяться на других лиц.

Девушка, 25 лет, три года назад, после окончания института физкультуры, была направлена преподавателем в небольшой городок. Туда же приехал на работу и ее однокурсник, которого она знала как хорошего спортсмена, но всегда считала несколько глуповатым. Вскоре согласилась выйти за него замуж. Во время первой брачной ночи муж, выпив вина, стал хвастать своими любовными похождениями и а деталях описывать свои победы над женщинами. Это вызвало у нее такое чувство отвращения, что, несмотря на его хорошие половые способности, половое удовлетворение с ним никогда не наступало. При половой близости с другими мужчинами, даже менее потентными, оргазм возникал. Больная поступила в клинику с явлениями неврастении, вызванными неблагоприятными семейными отношениями.

Стойкая аноргазмия может возникать и в тех случаях, если женщина усилием воли подавляет наступление оргазма. К нам обратилась Ю., 25 лет с жалобой на то, что в течение 6 лет замужества у нее не возникал оргазм и близость с мужем была ей тягостной. На второй неделе брака у нее вдруг во время полового акта возник сильнейший оргазм, сопровождавшийся стонами и судорожными движениями тела. Муж, не поняв ее состояния прервал акт, воскликнув: «Что с тобой? Ты что, ненормальная?!». Она смутилась, и во время половой близости в последующие 3-4 дня ценой большого нервного напряжения подавляла наступление оргазма. После этого он перестал возникать.

В другом случае стойкая психогенная аноргазмия развилась непосредственно после того, как молодая женщина резко подавила наступление оргазма, испугавшись вошедших в комнату. Испуг не обязательно оказывает тормозящее действие на наступление оргазма. Так, у одной нашей пациентки, 28 лет, оргазм впервые возник, когда во время полового акт; неожиданно открыли дверь в комнату. С этого времени он возникал лишь в том случае, когда имелась реальная угроза того, что в комнату войдут.

К длительной задержке полового влечения могут привести психотравмирующие переживания, хотя и не связанные с испугом, но вызывающие сильный стресс.

М., инженер, 34 лет. В 26 лет, в течение трех месяцев до брака жила с будущим мужем половой жизнью, испытывала оргазм. После свадьбы супруги уехали по месту работы мужа, где вдруг к ним в дом явилась женщина и устроила мужу М. бурную сцену, во время которой рыдала и говорила, что любит его и жить без него не может. Все это происходило в присутствии мужа этой женщины, что особенно потрясло больную. М. сказала своему мужу: «От этого ты должен был меня оградить!». С этого момента половое влечение у нее угасло и оргазм при половой близости перестал возникать. Аноргазмия держалась на протяжении 8 лет. Отношения с мужем оставались хорошими. Он делал все возможное, чтобы доставить жене половое удовлетворение, но тщетно. Половые органы ее стали нечувствительны. Месячные нормальные. М. - цветущая женщина, обаятельная, самолюбивая, обидчивая, впечатлительная. С больной проведена психотерапевтическая беседа. Указано, что она нормальная, здоровая женщина и ее сексуальная сфера оказалась заторможенной. Под влиянием психического потрясения, что сексуальность ее можно «растормозить», «включить». При гинекологическом исследовании оказано интенсивное ритмичное давление на зону передней стенки влагалища, что вызвало выраженную эротическую реакцию. После этого появилась и небольшая эротическая чувствительность клитора. Больная была поражена тем, что впервые за 8 лет у нее была вызвана эротическая реакция. Этой же ночью эротическая реакция возникла и во время половой близости с мужем, а на следующую ночь испытала с ним оргазм, и половое влечение восстановилось.

В данном случае у молодой женщины мощная шоковая психическая травма, вызвавшая сильный стресс. В результате возникла заторможенность полового влечения и аноргазмия, продержавшиеся 8 лет. Они были

одномоментно устранены психотерапией в сочетании с интенсивным включением эротической чувствительности путем стимуляции эрогенной зоны. Возможно, что первоначальное торможение было связано с эндокринно-вегетативным сдвигом, вызванным стрессовой ситуацией, а в дальнейшем закрепилось психогенно.

Психотравмирующие переживания, вызвавшие разочарование в человеке, могут привести к тому, что исходящие от него воздействия не будут вызывать эротической реакции, в то время как реакция на воздействие других лиц будет сохранена, т.е. возникает избирательная *аноргазмия.*

К психической задержке полового чувства может привести грубость при дефлорации во время первой брачной ночи, насильственное обнажение очень застенчивой девушки, боязнь беременности или заражения, страх, что другие будут свидетелями акта (пребывание в одной комнате с детьми, родителями), недоверие к партнеру. Тормозящее влияние может оказать и непривычное, не соответствующее ожиданию поведение партнера. Например, женщина, привыкшая к определенному ритуалу полового сближения, может испытывать заторможенность, если новый партнер будет вести себя не так, как она ожидает. Надо сказать, что вообще наступление оргазма у женщины, в отличие от мужчины, легче подвергается внешнему торможению. Так, воспоминание о каких-либо обязанностях, а также различные внешние помехи - музыка, телефонный звонок, скрип кровати нередко могут нарушить наступление оргазма у женщины. У мужчины они могут вызвать лишь угнетение эрекции, реже - эякуляции и оргазма.

Интересно отметить, что в животном мире самки во время полового акта часто более отвлекаемы, чем самцы. Так, по A. Kinsey, кошка прервет половой акт и побежит за мышью, а кот не обратит на мышь внимания.

Психогенные сексуальные нарушения у женщины часто наблюдаются при истерии. Еще врачи античного мира подметили эту связь. Среди больных истерией встречаются как фригидные, так и гиперсексуальные натуры. Сексуальные проявления у них, особенно состояние фрустрации, возникающее при незавершенном половом акте, часто носит характер гротеска. К нарушениям половой функции у женщин, возникшим по механизму истерического симптомообразования, можно отнести *защитную половую фригидность.* Она является особой формой психогенной фригидности и ограждает женщину от полового возбуждения, не ведущего к половому удовлетворению. Так, например, при преждевременной эякуляции у мужа, вызывающей состояние фрустрации у жены, вся обстановка полового сближения с ним может стать для нее тормозным раздражителем половой функции. Полового возбуждения не возникает, половые органы при попытке полового сближения остаются сухими. Постепенно возникают те или иные невротические состояния.

Больная Р., 23 лет, обратилась с жалобами невротического характера. Вышла замуж по любви 2 года назад. До замужества однажды было эротическое сновидение с наступлением оргазма. Первое время после замужества испытывала небольшое половое возбуждение во время близости с мужем, половые органы были влажными. Полового удовлетворения не наступало, видимо, из-за прежде, временной эякуляции мужа и его сексуальной неопытности. Мужа любит за его душевные качества, ценит его как отца ребенка, но стала к нему равнодушна как к мужчине. Приготовление к половой близости и сам половой акт сексуального возбуждения не вызывают. Считает себя в половом отношении холодной. Последнее время стала раздражительной, эмоционально лабильной.

Во время беседы с больной в мягкой, деликатной форме ей дано понять, что ее фригидность является защитной реакцией на неполучение полового удовлетворения и это главная причина ее нервного состояния. Рекомендовано разрешить мужу до начала половой близости проводить более активную предварительную подготовку. Приглашен муж больной, который охотно согласился сделать вое от него зависящее, чтобы обеспечить жене половое удовлетворение.

Через месяц больная рассказала, что муж впервые вызвал у нее оргазм во время предварительной стимуляции области гениталий, что теперь они начинают половую близость после интенсивной подготовки; отмечает, что у нее появилось сильное половое влечение к мужу и что у него возросла половая способность. Прошли явления неврастении.

В данном случае у молодой женщины психогенная фригидность явилась защитной реакцией на невозможность получения удовлетворения от половой близости с мужем. Изменение техники полового сближения привело к устранению болезненного состояния. Половая дисгармония вызвала у нее явления неврастении, которые прошли вместе с устранением дисгармонии. Одной из частых причин психогенной фригидности является *невроз ожидания.* Обычно он возникает у женщин тревожно-мнительных, а также у женщин, еще до брака ожидавших от половой близости чего-то необычного. Во время акта они напряжены, следят за происходящим, не могут расслабиться, отключиться. Напряженность и тревожное ожидание препятствуют наступлению оргазма.

У некоторых женщин приближение оргазма, особенно впервые возникшего, сопровождается страхом, переходящим в ужас, заставляющим их прервать половой акт. Это дает основание в качестве одной из форм психогенной фригидности выделить *фобическую аноргазмию.*

У одной и той же больной в разные периоды жизни могут быть различные формы психогенной фригидности.

Л., 52 лет, обратилась с жалобами на то, что стала испытывать чувство тревожного ожидания неудачи полового сближения.

Менструации с 13 лет, по 3 дня, через 28 дней, до настоящего времени без явления выпадения. Замуж вышла в 16 лет за друга детства, которого очень любила. В 17 и 19 лет родила двоих детей. Отношения с мужем были очень хорошие. Половая близость с ним была приятна, однако оргазмом не сопровожда-

лась. Акт длился от 3 до 10 минут. Через год после вторых родов однажды во время половой близости неожиданно впервые возник оргазм. Это ощущение было необычной силы и потрясло ее. С чем было связано его возникновение - объяснить не может («все протекало как обычно»). Полагает, что она «дозрела». С этого времени стала постоянно испытывать оргазм при половой близости с мужем, потребности в предварительных ласках ни она, ни муж не испытывали. Оргазм влагалищного типа волнообразный, сильный, наступал через 2-3 минуты от начала полового акта и длился от одной до полутора минут.

В 23 года потеряла мужа (погиб на фронте). В 30-летнем возрасте встретила Н. – друга студенческих лет. На протяжении 4 лет была с ним в близких отношениях. Испытывала половое удовлетворение. В 36-летнем возрасте вышла замуж своего сверстника. Первые 2 года отношения с мужем были хорошими. Половая жизнь протекала нормально, хотя оргазм был не столь сильным, как с первыми двумя партнерами. Второй муж обладал хорошей половой способностью. Но начиная с третьего года замужества муж стал часто злоупотреблять алкоголем, проявлять грубость, в связи с чем отношения в семье нарушились. Оргазм при половой близости поблек, стал очень слабым. Муж пробовал прибегать к предварительным ласкам грудных желез и области клитора, однако это давало лишь слабый эффект. Половое возбуждение появлялось только в те редкие дни, когда отношения с мужем были хорошими, но и тогда стало возникать лишь слабое ощущение в области клитора, переходившее на влагалище. В дальнейшем, с ухудшением отношений, и оно исчезло. Зная, что половая близость не доставит удовлетворения, перестала настраивать себя в эротическом плане перед сближением и оставалась в половом отношении равнодушной. Так длилось 4 года. Однажды, после ссоры с мужем, на длительное время прекратила половую жизнь с ним. При ее возобновлении половой орган мужа вызвал очень неприятное ощущение холода и болезненное сокращение стенок влагалища. Сразу же прервала половой акт и оттолкнула мужа. С этого времени появилась боязнь, что это неприятное ощущение может повториться, и поэтому всегда отказывалась от половой жизни с мужем. Через два года разошлась с ним.

После развода к ней неожиданно приехал ее старый друг Н., живший в другом городе. Теплое чувство к нему сохранилось, однако к половой близости с ним была психологически не подготовлена. Перед сближением появилась боязнь, что могут вновь возникнуть ощущения холода и боли, и это, по ее мнению, затормозило наступление оргазма. В следующие 3 дня эти же мысли вновь помешали возникновению оргазма при близости с Н. и лишь на четвертый день сближение с Н. вызвало сильнейший оргазм. Однако при дальнейших встречах вновь возникало тревожное ожидание появления холода и боли, препятствовавшее наступлению оргазма. Появилось опасение, что возникшее нарушение в ходе полового акта может оттолкнуть от нее Н., стала избегать близости с ним, хотя испытывала к Н. половое влечение.

Больная среднего роста, правильного телосложения, с хорошо развитыми вторичными половыми признаками, мягкая, синтонная, тревожно-мнительная, с выраженным чувством долга, в то же время обладающая художественным Дарованием, способная вызывать у себя яркие зрительные представления. Эротическими зонами являются наружная треть влагалища и малые губы. Молочные железы, клитор в эротическом плане нечувствительны.

После трех сеансов внушения в гипнотическом сне избавилась от навязчивого страха возникновения неприятных сексуальных ощущений и половая жизнь с Н. стала протекать нормально.

В данном случае у молодой женщины, вышедшей замуж в 16 лет в первые 4 года замужества имелась ретардационная фригидность которая сама по себе прошла через год после вторых родов. Далее длительное время половая жизнь у нее протекала нормально. Больная обнаруживала сочетание некоторых истерических и психостенических черт характера. Под влиянием ряда психотравмирующих переживаний, вызванных пьянством и грубостью мужа, возникла психогенная фригидность, В дальнейшем развились явления невроза ожидания. Тревожное опасение появления тягостных ощущений во время полового акта стало тормозить наступление оргазма с любимым человеком. Устранение явлений невроза путем гипнотического внушения привело к нормализации половой жизни.

При психогенной фригидности чаще всего либидо, эротические сновидения и экстракоитальный оргазм имеются. Эрогенные зоны в большинстве случаев реактивны. Аноргазмия носит избирательный, реже генерализованный характер.

Конституциональная фригидность. В основе этой формы фригидности лежит, видимо, врожденная недостаточность психосексуальных функций. Так же, как встречаются люди, от рождения лишенные музыкального слуха, так, по всей вероятности, встречаются и женщины, у которых фригидность является врожденным состоянием. Эти женщины могут быть во всех отношениях здоровыми, с нормальной деятельностью половых желез и хорошо развитыми половыми признаками, с сохранной способностью к материнству. Они не страдают от своей фригидности, и если обращаются по этому поводу к врачу, то либо потому, что хотели бы испытать половое удовлетворение, которое испытывают другие, либо под влиянием упреков со стороны мужа. Среди них встречаются совершенно асексуальные натуры, никогда не испытывавшие полового влечения к мужчинам, никогда ни в кого не влюблявшиеся, никогда не получавшие никакого удовольствия от ласк, поцелуев или половой близости, и есть женщины общительные, кокетливые, женственные, любящие мужское общество, танцы, ухаживания, поклонения, но никогда не испытавшие оргазма при половой жизни, хотя она и не является для них неприятной. Среди них обычно не встречаются женщины, занимающиеся онанизмом. В этом у них не было потребности. Раздражение половых органов, как бы длительно и интенсивно оно ни проводилось, не ведет к возникновению у них оргазма и может быть одним из диагностических критериев.

Причина этой формы фригидности не ясна. Возможно, что в основе ее лежат нейроэндокринные нарушения, которые однако не удается обнаружить нашими клиническими и лабораторными методами исследования. Возможно, что иногда (весьма редко) в основе лежит скрытая, неосознаваемая гомосексуальная установка. Этому предположению, однако, противоречит то, что женщины-гомосексуалистки не фригидны (Свядощ А. М.,

Деревинская Е. М., 1967) - половое влечение у них достаточно сильно, направлено на лиц, одноименного пола.

Среди конституционально фригидных встречаются совершенно здоровые женщины, не дающие оснований предполагать у них какую бы то ни было «оральную» или «фаллическую» регрессию, как полагают психоаналитики. Задержка развития полового влечения проявляется у них обычно лишь на стадии эротического либидо.

И. в возрасте 19 лет по любви вышла замуж за своего однокурсника, который был на 4 года старше ее. Муж физически здоровый молодой человек, хороший спортсмен. До знакомства с И. он имел ряд случайных связей. Как мужчина отличался высокой потенцией и пользовался большим успехом у женщин. Физически был жене приятен, она любила его как человека, но при половой близости всегда оставалась совершенно равнодушной. Оргазм у нее никогда не наступал. Муж относился к ней всегда очень хорошо, знал, что она фригидна, но не считал себя в этом виноватым, шутя, говорил ей, что она легкая и нетребовательная жена. У И. двое детей, было 5 абортов. Беременела всегда очень легко. После 12 лет совместной жизни муж погиб во время несчастного случая. Замуж больше не выходила. Был ряд более или менее длительных внебрачных связей. Во время половой близости оставалась совершенно равнодушной. От своей фригидности не страдала. Последние годы скрывала ее, симулируя наступление оргазма. Физически И. цветущая женщина. По характеру живая, общительная, веселая, энергичная, заботливая мать, любит привлекать внимание мужчин.

Говоря о женщинах с конституциональной фригидностью, вспомним женщин с очень низким половым влечением. Они месяцами не испытывают потребности в половой близости. Оргазм у них возникает лишь несколько раз в течение года, а иногда и всей жизни. Сексуальная сторона в жизни этих женщин играет незначительную роль, причем не служит источником неврозов. Вероятно, не менее 20% женщин фригидны или мало темпераментны.

При конституциональной фригидности либидо отсутствует или слабо выражено. Эротические сновидения и экстракоитальный оргазм не возникают. Эрогенные зоны гениталий нечувствительны. Аноргазмия - генерализованная. Половой акт безразличен или слегка приятен, реже тягостен. Такая форма фригидности бывает только первичной.

При диагностике конституциональной фригидности требуется большая осторожность. Об этом свидетельствуют наши наблюдения, в которых удалось устранить аноргазмию у женщины, не испытывавшей оргазма в течение 42 лет половой жизни с разными мужчинами, а также женщины, никогда не влюблявшейся, никогда не испытывавшей полового, влечения, считавшей себя холодной и оказавшейся очень темпераментной, когда была применена стимуляция соответствующей эрогенной зоны.

Было бы глубоко ошибочным считать, что фригидные женщины не способны к любви, что им недоступно семейное счастье или что они не

могут обеспечить его мужу и детям. Они могут быть прекрасными женами, матерями, любить нежность, ласку, испытывать чувство любви к мужу ценит его как друга, отца детей, хотя интимная сторона супружеской жизни им безразлична. К сожалению, под влиянием неразумного полового просвещения в последние годы в некоторых семьях возникла фетишизация оргазма, дестабилизирующая брак, основанная на представлении о том, что раз супруга не испытывает оргазма, значит она и муж не подходят друг другу.

Вот письмо, полученное мною от незнакомой женщины: « ... Мы женились по большой, красивой любви, не зная ничего об интимных отношениях, не были подготовлены теоретически … Мы не знали, что бывает оргазм у женщины и не знали, что надо к нему стремиться. Так прошло несколько счастливых лет. У нас был сын. Мы ждали друг друга, доверяли, делились всем, была радость в доме … Затем узнали из литературы, к чему надо стремиться … В результате муж потерял веру в себя. Стал считать, что он меня не устраивает, стал избегать интимных отношений ». Брак оказался под угрозой. «Мне нужен он, - продолжает она, - без него я жизни не представляю! Как мне вернуть его нежность, ласку, теплоту, заботу, которыми он меня столько лет согревал? Я столько слез выплакала, что у меня мелькала мысль покончить с собой».

Стабильность брака зависит от взглядов, установки личности, ее ценностных ориентации. Чаще всего фригидность - это еще не причина дестабилизации брака. Фригидность может быть фактором, повышающим стабильность брака, при низкой потенции мужа или его повышенной половой возбудимости (преждевременной эякуляции), и понижающим, если супруг отрицательно реагирует на отсутствие сексуальной реакции со стороны жены, чувствует себя неудовлетворенным.

Дисгамия

Дисгамия, т.е. дисгармония половых отношений между супругами, вызванная тем, что половой акт совершается не в соответствии с потребностью женщины, порождает половую неудовлетворенность. В отличие от фригидности дисгамия тяжело переживается женщиной, часто ведет к семейному разладу и может явиться одной из причин возникновения неврозов. Конфликт становится особенно тягостным, если женщина любит мужа за его душевные качества, и в то же время хотела бы оставить его, так как он не удовлетворяет ее.

При дисгамии женщина часто жалуется на то, что мужчина заканчивает половой акт слишком рано, - до того, как она успевает получить половое удовлетворение, и оставляет ее в состоянии полового возбуждения. Надо

сказать, что такая ситуация угнетающе действует и на мужчину, чувствующего себя обычно виноватым в том, что не смог выполнить свой «мужской долг».

Быстрота наступления оргазма как у мужчины, так и у женщины зависит от многих причин. Большую роль играют индивидуальные особенности темперамента. Примерно у 10% женщин и мужчин (по J. Lopiccolo, 1977 - у 25%) оргазм, как правило, наступает в течение первой минуты полового акта. Женщины, у которых оргазм наступает быстро, считаются весьма темпераментными, они способны получить половое удовлетворение почти с любым мужчиной, и мужья не жалуются на их легкую половую возбудимость. Мужчины, у которых оргазм возникает очень быстро, не могут удовлетворить женщин с более низкой половой возбудимостью.

По P. Gebhard (1977), 45% женщин испытывали оргазм часто (чаще чем в 60% случаев) при продолжительности акта менее одной минуты, около 70% женщин - при более длительном акте. Однако автор не указывает, как долго проводилась предварительная психоэротическая подготовка к акту.

Средняя длительность полового акта (от момента иммиссии до оргазма) у большинства мужчин при непрерывном интенсивном его проведении составляет от 1 до 5 минут.

Г. С. Васильченко (1977) предлагал здоровым мужчинам в начале полового акта включать секундомер и выключать сразу по его окончании. Продолжительность акта оказалась от 1 минуты 14 секунд (при 68 фрикциях) до 3 минут 34 секунд (при 270 фрикциях), а в среднем составила 2 минуты 2 секунды. Учитывался только первый половой акт. Длительность повторного акта на 10-20% больше. Из общего расчета исключались случаи истинной пролонгации. Большинство мужчин в отличие от большинства женщин могут вызвать у себя оргазм сразу же после начала полового акта. Однако многие мужчины способны задержать наступление оргазма, особенно если они прибегают к паузам или ослаблению интенсивности фрикций, когда чувствуют, что эякуляция приближается, а женщина еще недостаточно возбуждена. При этом некоторые могут задерживать его до 10-20 минут и дольше. Длительное затягивание акта иногда может приводить к возникновению застойных явлений в половых органах, и поэтому нежелательно.

Некоторые женщины успевают 3-5 и даже до 15 раз пережить оргазм, пока мужчина совершает один половой акт. В большинстве же случаев. У мужчины оргазм возникает легче и быстрее, чем у женщины. С возрастом (обычно после 30-35 лет) у многих мужчин в связи с некоторым общим снижением возбудимости значительно возрастает длительность полового акта.

Некоторые сексологи называют преждевременной эякуляцией (ejaculatio praecox) те случаи, когда, оргазм у мужчины наступает ранее чем после 20 фрикций или же половой акт заканчивается до истечения одной минуты. Об ejaculatio ante portas говорят тогда, когда оргазм наступает до введения полового члена во влагалище (до иммиссии). О преждевременной эякуляции можно говорить и тогда, когда очень резко сокращается способность к длительному совершению полового акта у ранее здорового мужчины, например с нескольких минут до нескольким секунд. Это может быть вызвано развитием явлений неврастении (астеническими состояниями после перенесенной инфекции (переутомлением недосыпанием, длительным эмоциональным напряжением), неврозом ожидания неудачи, различными интоксикациями, в частности никотином а также возникновением застойных или воспалительных явлений в области предстательной железы.

У молодых здоровых людей, длительно воздерживающихся от половой жизни или мастурбаторных актов, быстрое наступление эякуляции следует рассматривать как явление физиологическое. Эякуляция может у них возникать через несколько секунд после начала полового акта. У них же при повторном акте или после нескольких дней регулярной половой жизни продолжительность полового акта удлиняется до нескольких минут. К резкому ускорению эякуляции у легко возбудимых мужчин могут привести и длительные или интенсивные ласки женщины в подготовительном периоде, резкое общее нервное возбуждение, тревожное ожидание полового сближения (невроз ожидания) и т.п.

Большое значение имеют также поведение женщины и то психологическое влияние, которое она оказывает на мужчину. Так, В., 28 лет, совершал половой акт с женой, которая вела себя обычно спокойно, сдержанно, в течение 10-15 минут. Он же с молодой женщиной, которая своим поведением демонстрировала резкое половое возбуждение, заканчивал его не более чем через 1-2 минуты.

Вид женщины, испытывающей сильное половое возбуждение, на некоторых мужчин оказывает сильнейшее психическое воздействие, вызывая у них не только эрекцию, но и резкое ускорение наступления эякуляции. Узкий вход во влагалище, хорошее развитие мускулатуры, сжимающей стенки влагалища, умение во время полового акта ритмическими сокращениями мускулатуры вызывать сжатие мужского полового органа, а также сжатие его при возникновении оргастической манжетки во влагалище и ритмическое сокращение его стенок во время оргазма резко усиливают эротические ощущения у мужчины и ведут к более быстрому наступлению у него оргазма, обусловливая иногда и более резкую его выраженность. Отсюда понятны жалобы некоторых женщин на то, что пока они мало возбуждены, муж может длительно совершать половой акт, но как только

возникает сильное половое возбуждение, у него сразу же наступает эякуляция и они остаются неудовлетворенными, в состоянии фрустрации.

К нам обратился В., 26 лет, с жалобой на то, что он не получает полового удовлетворения со своей супругой. До брака жил половой жизнью с тремя женщинами. Во всех случаях оргазм наступал у него минут через 5, почти одновременно оргазмом у партнерши, и был резко выражен. Женат 4 месяца. Жене 22 года, первые 3 месяца, по его словам, она была в половом отношении равнодушна, последний месяц стала испытывать оргазм во время половой близости. Половые органы у В. хорошо развиты. До начала полового акта проводит эротическую подготовку в течение 10-15 минут, сам акт с женой совершает до 45 минут. И он, и она устают. Однако у него оргазм не возникает. Он испытывает удовлетворение лишь после того, как жена сжимает его половой орган между бедер и он совершает несколько фрикций. Жалуется, что во время акта с женой не ощущает ее половых органов, в то время как с другими женщинами возникало острое физическое ощущение. Один из врачей, к которому он обращался, высказал предположение, что у жены широкое влагалище, в связи с чем и возникла такая дисгармония в половых отношениях. Муж и жена любят друг друга и крайне подавлены возникшей ситуацией.

При осмотре жены нарушений со стороны половой сферы не обнаружено. Вход во влагалище довольно узкий, само влагалище неглубокое, наружные половые органы развиты нормально. Супруга рассказала, что всегда была в половом отношении равнодушна, никогда ни в кого не влюблялась, никогда не испытывала эротических сновидений. Мужа очень любит в духовном отношении, однако его близость и ласки полового возбуждения не вызывают. Последний месяц по совету матери стала симулировать переживание оргазма.

Выяснилось, что к началу полового акта тактильная чувствительность клитора, влагалища и малых губ сохранена. При тактильном раздражении стенок влагалища, давлении на мышцы промежности, малые губы и область клитора возникают резкое увеличение секреции во влагалище и удлинение его размеров, а также расширение внутренней трети. Оргастическая манжетка не возникает. При исследовании вагинального мазка нарушений гормональной функции яичников не обнаружено.

Рекомендована влагалищная диатермия в первые 12 дней после конца месячных по 15 минут ежедневно, перед сном горячие ванны с горчицей, метил-тестостерон по 0,005 г 2 раза в день с первого дня по окончании месячных до конца цикла. Предложено ежедневно совершать специальные упражнения, направленные на развитие мускулатуры тазового дна и мышц, окружающих влагалище. Мужу дан совет во время полового акта дополнительно вести стимуляцию клитора.

Через полтора месяца жена стала испытывать во время половой близости сильное половое возбуждение, хотя оргазм и не наступал. У мужа эякуляция стала возникать через 10-15 минут после начала полового акта. По его словам, стал «ощущать» жену. Через 4 месяца у жены впервые возник клиторический оргазм.

В приведенном случае у женщины имелась ретардационная фригидность. Во время полового акта возникала лишь начальная степень полового Возбуждения - усиление секреции, расслабление стенок влагалища и уве-

личение его размеров. У мужа, обладающего низкой половой реактивностью, не возникало достаточных тактильных раздражений эрогенных зон полового члена и оргазм при половой близости с женой не наступал Появление у жены «оргастической манжетки», а также некоторое развитие мускулатуры мышц, окружающих влагалище, позволили мужу испытывать половое удовлетворение.

С аналогичной жалобой на то, что муж находит ее «неинтересной» обратилась к нам молодая учительница С, недавно вышедшая замуж. Через 6 месяцев удалось добиться гармонии в интимных отношениях! Надо сказать, что подобные жалобы встречаются сравнительно редко. Большинство мужчин высокореактивны и оргазм наступает у них достаточно быстро даже в том случае, если женщина пассивна во время половой близости и не испытывает значительного полового возбуждения. У женщины скорость наступления оргазма зависит, помимо врожденных особенностей ее темперамента, от состояния к моменту полового сближения (усталость, колебание возбудимости в связи с менструальным циклом и т.п.), психо-эротической настроенности на половую близость и главное от интенсивности и адекватности стимуляции эрогенных зон.

Одной из причин дисгамии могут быть как чрезмерно крупные размеры мужских половых органов, так и их резкое недоразвитие, не позволяющее обеспечить достаточное раздражение эрогенных зон во время полового акта. Размеры мужского полового органа могут значительно варьировать в зависимости от степени кровенаполнения пещеристых тел. Например, под влиянием холода или отрицательных эмоций кровенаполнение может резко уменьшиться, в связи с чем резко уменьшаются и размеры полового члена, напротив, при явлениях застоя в половых органах, а также при легком половом возбуждении или под влиянием тепла размеры полового органа могут значительно увеличиваться даже в том случае, если эрекции не наступает. Большинство сексологов считают, что мужчина способен к нормальной половой жизни, если в состоянии покоя длина полового органа не менее 3 см. В среднем в состоянии покоя размеры мужского полового органа 7-10 см. Величина члена зависит от роста человека меньше, чем величина остальных органов. Нет связи также между размерами члена и телосложением (развитием мускулатуры). При эрекции объем мужского полового органа значительно увеличивается. Длина его в состоянии эрекции составляет (считая от лобковой кости) в среднем 10-15, редко 20 см (максимально описанные в литературе размеры 35 см). Средняя длина влагалища, как указывалось, 7-10 см, причем в состоянии полового возбуждения размеры его также несколько увеличиваются. У взрослой женщины оно обладает высокой степенью растяжимости. Расстояние от входа во влагалище, по нашим данным, обычно равно 6-8 см. В зависимости от положения матки (retro- или anteflexio) во

время полового акта мужской половой орган обычно проходит выше или ниже шейки матки - в легко растяжимый передний или задний свод влагалища расстояние от входа во влагалище до заднего свода, с учетом его растяжимости, составляет чаще всего 12-14, редко - 16 см. Большое влагалище может приспособиться к члену любого размера. При маленьком влагалище до того, как эта установка произойдет, могут возникать болевые ощущения. Хотя и весьма редко, но встречаются случаи, когда половая жизнь становится невозможной из-за патологически крупных размеров мужских половых органов, вызывающих боль при сношении. Из лечившихся у нас больных трое вынуждены были оставить своих мужей только по этой причине.

Опасения некоторых мужчин, что невеста очень миниатюрна и поэтому ее легко поранить при дефлорации и, наоборот, что их половые органы недостаточно велики, чтобы удовлетворить женщину, обычно необоснованы. Стенки влагалища обладают способностью не только к растяжению, но и к сокращению, в связи с чем быстро приспосабливаются к размерам мужского полового органа.

Многие женщины отмечают, что в наступлении оргазма для них главную роль играют психическое состояние, степень психоэротической готовности к половой близости, а не размеры мужских половых органов. Для женщин с клиторическим типом половой возбудимости размеры половых органов мужчины не играют роли. Хотя и редко, встречаются женщины, испытывающие самое сильное удовлетворение при половом акте с мужчинами, имеющими половые органы небольших размеров.

К нам обратилась К., провизор, 40 лет, с жалобой на отсутствие оргазма при половой жизни с некоторыми мужчинами. Месячные с 17 лет, по 5 дней, через 28 дней, рост 167 см, масса 63 кг. Была замужем с 25 до 30 лет, имеет ребенка 11 лет.

В 12 лет была влюблена в мальчика. С этого же возраста мастурбация путем сжатия бедер. Сильный вагинальный оргазм при этом возникал до последних лет, без эротических фантазий. Последние годы для его вызывания стали требоваться эротические фантазии. Кроме того, может вызвать у себя оргазм поглаживанием рукой вдоль тела клитора с переходом на зону S влагалища.

Мужа любила, хотя оргазм с ним не возникал. После развода имела опыт половой жизни еще с четырьмя мужчинами. У мужа и троих мужчин, по ее словам, половые органы при эрекции около 15 см. Акты с ними совершались длительно, иногда до 15 минут. Двое из них рукой стимулировали область клитора. Ни с одним из этих мужчин оргазм не возникал. Половое возбуждение, вызванное ласками, пропадало, как только они вводили половой орган во влагалище. Исключение составил только Ю., с которым случайно сблизилась вскоре после развода с мужем. Влюбленности в него не испытывала. У Ю. половой орган 7-8 см при эрекции и сама эрекция слабая. Особой подготовки к акту не проводил, область клитора не стимулировал, поза была обычная, но достаточно ему было сделать 5 - 6 фрикций, как у нее безотказно возникал сильный вагинальный оргазм.

У большинства женщин, чем интенсивнее раздражение эрогенных зон тем скорее при прочих равных условиях наступает оргазм. У некоторых женщин достаточное раздражение эрогенных зон во время полового акта достигается лишь в какой-либо определенной позе. Несовершенство техники полового акта также может вести к тому, что эрогенные зоны женщины не раздражаются в достаточной степени и она остается неудовлетворенной. Ритм фрикций, их длительность, интенсивность могут не соответствовать ее потребности.

У 25% женщин, как указывалось, высокочувствительной эрогенной зоной является область клитора, в то время как влагалище малочувствительно. Эти женщины обычно отмечают, что испытывают оргазм лишь в тех случаях, когда клитор подвергается дополнительному пальцевому раздражению партнером. Женщинам следует объяснить, что такое раздражение клитора не приносит какого-либо вреда здоровью и безусловно допустимо в моральном отношении. Особенно нуждаются в дополнительной стимуляции женщины, у которых клитор расположен высоко (на расстоянии более 2,5 см от входа во влагалище), так как в этом случае во время половой близости мужской половой орган независимо от размеров не может обеспечить его достаточного раздражения.

Характерно следующее наблюдение.

Больная К., 30 лет, цветущая женщина, обратилась с жалобами на повышенную возбудимость, раздражительность, иногда неприятные ощущения в области сердца. Замужем 10 лет. Замуж вышла по любви. Отношение со стороны мужа очень хорошее. Имеет двоих детей. Однако муж, особенно е последние годы, стал очень раздражать ее. Требует половой близости ежедневно. Половой акт совершает около 10 минут, иногда 30-45 минут, обладает крупными половыми органами. Во время половой близости никогда удовлетворения не испытывала. Сама близость ей тягостна.

Наружные и внутренние половые органы больной развиты нормально, однако оказалось, что влагалище и вход во влагалище не являются эрогенными зонами, хотя и способны к восприятию тактильных раздражений. Клитор расположен довольно высоко и обладает высокой степенью возбудимости. Муж ни в период подготовки к половой близости, ни во время полового акта специально область клитора не стимулировал. Мужу было рекомендовано проводить стимуляцию этой области во время полового акта, после чего жена стала испытывать оргазм через 2-3 минуты при каждой половой близости.

Для того, чтобы прикосновение к клитору вызывало оргазм, требуется помимо психоэротической настроенности, как указывалось, строго индивидуальная адекватная стимуляция этой области. Если женщина стесняется дать понять мужчине, что именно ей желательно, не корректирует его действий, то мужчине нередко бывает трудно обеспечить ей необходимое, и она начинает отвергать его прикосновения в этой области.

Я сама могу за 2-3 минуты вызвать у себя оргазм легким давлением на власть клитора, - рассказывала М., - а муж не может у меня его вызвать. Он все делает неловко: то начнет хорошо, и у меня появляется возбуждение, то вдруг оказывает сильное давление и становится неприятно, словно током отдает в ногу, и я его отталкиваю. А иногда то вызовет возбуждение, то теряет чувствительную точку, вновь попадает на нее и снова теряет, и так несколько раз. Это невыносимо! теперь я его прошу вообще меня не трогать...

При половом возбуждении у женщины клитор становится плотным (эрекция клитора) и легко перемещается среди мягких тканей, вследствие чего легко теряется. Перед наступлением оргазма он подтягивается кверху, как бы исчезает, и мужчина часто теряет его местонахождение. В этом случае следует продолжать стимуляцию всей близлежащей зоны.

Иногда эрогенные зоны расположены так, что обеспечить их достаточную стимуляцию при половом акте крайне трудно.

Женщина 26 лет обратилась с жалобами на фригидность. Замужем 8 лет, имеет 3-летнего сына. По характеру живая, общительная, женственная. Успешно занималась фигурным катанием на коньках. В брак вступила по любви. Муж перед половой близостью проводил активную эротическую подготовку, в частности - интенсивную стимуляцию клитора, пробовал менять позы, однако оргазма никогда в жизни не испытывала. Во время полового акта оставалась чаще всего равнодушной, иногда половая близость была приятна. Дважды в жизни возникало чувство фрустрации, с ощущением половой напряженности. Последние 2 года стала испытывать к мужу чувство физической неприязни, хотя высоко ценила его за духовные качества, силу и красоту. Иногда бывали эротические сновидения, но и они оргазмом не сопровождались. Было еще две связи с мужчинами, однако возникало лишь легкое половое возбуждение.

Оказалось, что у больной область клитора и малых губ в эротическом плане мало возбудима. Растяжение входа во влагалище, ритмичное давление на область шейки матки, стенки влагалища по направлению к заднему своду, а также на задний свод вызывают лишь тактильные ощущения, безразличные в эротическом отношении. Сильное ритмичное давление на наружную четверть передней стенки влагалища с прижатием ее к внутренней поверхности лобковой кости вызывает сильное, быстро нарастающее половое возбуждение, которое раньше никогда при половой близости не возникало.

С согласия больной о ее индивидуальной особенности было указано мужу. Ритмичным давлением на эту эрогенную зону он вызвал у жены сильнейший оргазм в первый раз через 10 минут от начала стимуляции, в дальнейшем - через 2-3 минуты. В течение 7-8 минут подряд возникало 8-10 и больше оргазмов. Вскоре они стали возникать и во время полового акта, если она, лежа на спине, очень сильно сгибала ноги в тазобедренных суставах, так что бедра ложились на плечи мужа, таз же при этом высоко поднимался. Появилось сильное половое влечение к мужу.

В данном случае молодая женщина в течение 8 лет половой жизни никогда не испытывала полового удовлетворения и считала себя в половом отношении холодной. Оказалось, что у нее эрогенна зона S, стимуляция этой области приводила к быстрому наступлению оргазма.

В другом случае у молодой женщины оргазм наступал при половом акте через 10-15 минут и был слабым, а при глубоком ритмичном давлении на зону S через 2-3 минуты возникал сильный оргазм. Она отмечала, что во время полового акта член не попадал на высокочувствительные места хотя муж обладал хорошо развитым половым органом.

При отсутствии адекватной половой стимуляции аноргазмия может держаться десятилетиями, а иногда и всю жизнь.

В., услышав от своей молодой племянницы о том, что она излечилась от половой холодности, попросила ее узнать у нас, не может ли она к нам обратиться хотя ей уже исполнилось 60 лет.

Замуж вышла в 18 лет. Имеет двух взрослых детей, которые живут отдельно, Муж в половом отношении был здоров. Отношения в семье были хорошие. Умер 21 год назад. После его смерти была в близких отношениях с шестью мужчинами. Сейчас третий год живет с мужчиной, обладающим хорошими половыми способностями, однако воздерживается от вступления в брак, так как половая близость удовлетворения ей не доставляет.

Больная среднего роста, правильного телосложения. Женственная, общительная. Менструации с 12 лет, по 2-3 дня, через 28 дней. Менопауза о 48 лет, без явлений выпадения. По заключению гинеколога наружные гениталии в состоянии возрастной инволюции. Опущение стенок влагалища. Влагалище нормальной емкости, покрыто неизмененной слизистой оболочкой. Матка маленькая, запрокинута назад. Боковые отделы свода свободны. Расстояние между клитором и наружным отверстием мочеиспускательного канала небольшое (1 см).

Оказалось, что у больной выраженный тип клиторической возбудимости и что она особенно восприимчива к легкому ритмичному давлению на головку клитора. Шейка матки, влагалище и вход в него е эротическом плане нечувствительны. После того как по совету врача при половой близости впервые применена стимуляция клитора с давлением на его головку, оргазм стал наступать через 2 минуты от начала полового акта. До этого мужчины, с которыми она была в близких отношениях, безуспешно пытались вызвать у нее половое удовлетворение путем продления полового акта (вплоть до часа) или переменой поз. Иногда возникало лишь легкое половое возбуждение, переходящее в чувство неудовлетворенности. К стимуляции клитора в той форме, в которой это ей требовалось, ни один из мужчин не прибегал.

Итак, в приведенном случае оргазм впервые возник при адекватной стимуляции у женщины 60 лет, до этого в течение 42 лет безуспешно жившей половой жизнью. Появился он через 12 лет после менопаузы, несмотря на то, что в это время прекратилась функция яичников и в половых органах наступили атрофические возрастные изменения. Это свидетельствует о том, что оргазм в инволюционном периоде вовсе не является лишь следовой реакцией и что гормональная функция яичников не играет существенной роли в его возникновении.

У женщин, у которых оргазм возникает при напряжении мышц бедер и промежности, в то время как область клитора и влагалища при стимуляции ареактивны, вызвать оргазм путем полового акта обычно не удается.

Если эти области реактивны, то при соответствующей стимуляции этих зонможет возникать и коитальный оргазм.

Часто причиной дисгамии является преждевременная эякуляция у мужчины, а также применение им прерванного полового сношения (coitus interruptus) в качестве средства предохранения от беременности. В последнем случае мужчина прерывает половой акт за несколько мгновений до наступления оргазма и эякуляция происходит вне тела женщины. Опасаясь беременности, женщина обычно следит за поведением мужчины - успел ли он своевременно прервать половой акт. Это отвлечение внимания может препятствовать возникновению у нее оргазма. Момент приближения оргазма у мужчины многие женщины ощущают, и наступление его для них является сильнейшим раздражителем, резко усиливающим их половое возбуждение. Внезапное прерывание полового акта в это время также нередко ведет к тому, что женщины остаются неудовлетворенными, в состоянии сильного полового возбуждения. У фригидных женщин coitus interruptus не вызывает неприятных ощущений, однако препятствует устранению фригидности. При прерванном половом сношении 67% женщин не испытывали оргазма (Рожановская 3. В., 1977).

Возникновению дисгамии может способствовать неодинаковая степень исходного возбуждения мужчины и женщины к началу половой близости. Часто мужчина начинает половой акт намного более возбужденным, чем женщина. В результате эякуляция у мужчины может возникнуть задолго до наступления оргазма у женщины, и он оказывается не в состоянии продолжить половой акт, хотя женщина и испытывает в этом потребность.

Видимо, это встречается не столь редко, так как давно привлекало внимание. Еще в 1870 г. генеральный викарий Craison* в наставлении священникам, принимающим исповедь, писал: «Если у мужа наступит эякуляция до того, как жена получит удовлетворение, то ей разрешается получить его путем самораздражения половых органов. Не является грехом, если женщина перед началом полового акта прикосновением к половым органам вызовет у себя сильное половое возбуждение, которое поможет ей получить удовлетворение во время половой близости».

Низкая степень возбуждения к началу половой близости у многих женщин объясняется тем, что в силу индивидуальных особенностей условнорефлекторные сексуальные раздражители оказывают на них менее сильное влияние, чем на мужчин. Кроме того, и сама психоэротическая настроенность на половую близость, в значительной мере определяющая Уровень возбудимости церебральных систем, с деятельностью которых

---

* Цит. по Van de Velde Th. H. Die Vollkommene Ehe. 12 Aufl.: Leipzig, 1927, S. 203.

связано переживание оргазма, у женщин труднее возникает и, как указывалось, легче дезорганизуется, чем у мужчин. Например, озабоченность женщины чем-либо, недовольство партнером, обстановка, вызывающа; чувство смущения, - все это может препятствовать получению полноты сексуальных ощущений, тормозить возникновение оргазма, вызывал потребность в более длительном половом акте для его наступления Раздражение половых органов женщины, если она психически не настроен; на получение сексуального удовольствия, обычно ведет, как указывалось лишь к протеканию ограниченного рефлекторного акта на уровне спинальных иннервации без всей полноты психоэротических ощущений.

Как нередко отмечают женщины, для того, чтобы у них возникла психоэротическая готовность к половой близости, желание ее, половое возбуждение, им требуется предварительная подготовка в виде нежности, ласк всего тела, а затем эрогенных зон генитальной области (особенно клитора). Они жалуются, что мужчины этого не обеспечивают.

По данным A. Kinsey, мужчины в США в период подготовки к половому акту применяют по отношению к женам поцелуи в 99,4% случаев, раздражение молочных желез рукой - в 98%, раздражение половых органов рукой (в том числе пальцевое раздражение клитора) - в 95%, оральное раздражение молочных желез - в 93%, технику глубокого поцелуя - в 87% и оральное раздражена женских половых органов - в 54% случаев.

Многим молодым мужчинам для возникновения полового возбуждена не требуется предварительного раздражения их эрогенных зон. Они его даже избегают, опасаясь, что оно слишком повысит у них и без того достаточно высокую половую возбудимость, в связи с чем слишком быстро наступит эякуляция. Некоторые мужчины с невысокой половой возбудимостью могут нуждаться в предварительном раздражении эрогенных зон без чего эрекция у них не возникает. Если жена из чувства стыдливость или ложной скромности не может этого обеспечить мужу, возникает дисгармония в половых отношениях.

По данным Американского сексологического института, в США женщины нынешнего поколения в половом отношении стали более активны. Так, из женщин, родившихся в 1900 г., раздражали мужские половые органы рукой 80%, орально -29%, из родившихся после 1920 г. - соответственно 95 и 52%. Иногда занимали во время полового акта активное положение (сверху) из родившихся до 1900 г. -35%, после 1920 г. - 52%, спали голыми из родившихся е 1900 г. 37%, из родившихся после 1920 г. - 59%. Половая холодность стала встречаться в США у женщин, родившихся после 1920 г., в 2 раза реже, чем у поколения, родившегося до 1900 г., что связывают с более свободным отношением женщин нынешнего поколения в США к половой жизни.

Определенный ритм фрикций, дополнительное раздражение клитора, сексуальные ласки перед началом полового акта, оказавшиеся эффекти

ными во время предшествовавшей половой близости или мастурбации, могут подсказать, что требуется для достижения оргазма. Чувство смущения, боязнь оттолкнуть супруга просьбой выполнить эти условия могут препятствовать наступлению оргазма у женщины и вести к дисгамии.

Нередко женщины стесняются рассказать о своих потребностях не только мужу, но и врачу, особенно при первом знакомства

Так, одна больная, 42 лет, рассказала о своих потребностях врачу лишь после многолетнего знакомства во время третьего поступления в клинику по поводу панического «страха загрязнения». Оказалось, что в 16-летнем возрасте она была очень влюблена в молодого человека и позволяла ему любые сексуальные действия, лишь бы они не вели к лишению девственности. В течение нескольких месяцев они практиковали взаимный орально-генитальный контакт. При этом оральное раздражение клитора вызывало сильнейший оргазм. Область влагалища, как выяснилось в дальнейшем, была мало чувствительна.

В 19 лет вышла замуж за инженера, который был на 6 лет старше ее. Мужа очень стеснялась. Во время половой близости с ним оргазм не наступал. Перед началом половой близости муж вел себя по отношению к жене очень сдержанно. Она же не решалась сказать ему, в какой предварительной подготовке нуждается, так как опасалась, что он расценит ее просьбу как «грязное извращение». Постепенно стала фригидна по отношению к мужу. В это время возник «страх загрязнения», связанный с этими сексуальными переживаниями. Однажды на курорте изменила мужу. Любовник перед началом акта проделал то, что делал молодой человек до ее брака. Половой акт начала, когда достигла предварительного сильного полового возбуждения. Испытала сильнейшее половое удовлетворение. В течение нескольких дней половой близости о «страхе загрязнения» не думала. При возвращении домой стала испытывать чувство раскаяния, что изменила мужу и чувство стыда перед дочерьми, ни о чем не подозревавшими. Навязчивый «страх загрязнения» усилился. Категорически отказалась от того, чтобы врач поговорил с мужем о ее сексуальной потребности.

Видимо, иногда в возникновении дисгамии может играть роль угасание сексуального интереса вследствие чрезвычайного однообразия половых отношений. По K. Levin, тут можно было бы говорить об одном из проявлений *психической насыщаемости,* связь которой с ориентировочной реакцией и механизмом вероятностного прогнозирования отчетливо выступала в наших наблюдениях над больными шизофренией.

Надо сказать, что некоторые люди годами придерживаются одной и той же удовлетворяющей их формы сексуального общения и не испытывают никакой потребности в вариациях и переменах. Однако иногда встречаются люди с высокой психической насыщаемостью, у которых эта потребность имеется; относится это не только к женщинам, но и к мужчинам.

L. Wershub (1969) в своей книге «Половая слабость мужчины» посвятил специальную главу «Функциональной импотенции, вызванной скукой». Он цитирует следующие слова из древнеиндийского трактата о любви Кама Сутра, которые приводит как курьез: «Умная женщина –

мастерица в делах физической любви. Она знает много способов помощи которых может вызвать желание мужа, обладает богатым репертуаром любовных ласк, которые широко варьирует. Как жаль, что не пос^ лают молодых неопытных женщин к опытным женщинам передать *' искусство, так же как посылают их учиться вкусно готовить пищу», g^ более важно, чтобы этим искусством обладал мужчина. Нередко приходится слышать от женщин, страдающих от дисгамии, сожаление по повода того, что муж из-за неопытности не умеет обеспечить им всю полноте половых ощущений.

Надо сказать, что «Искусство любви» («Ars amatoria») Овидия Назона высоко ценилось в античном мире и в Индии. С проникновением аскетических идей, ставших господствующими в Европе в эпоху средневековья, это «искусство» пришло в упадок. Между тем неправильное поведение супругов во время полового акта, неумение добиваться взаимного полового удовлетворения, иногда из-за неопытности, недостаточного знакомства с физиологией половой жизни или чрезмерной стыдливости - наиболее частые причины дисгамии. Однако никакое «искусство» само по себе, никакие технические приемы не в состоянии привести к истинной гармонии сексуальной жизни, сделать ее действительно полноценной. Последнее возможно лишь при наличии внутреннего духовного родства супругов, взаимного уважения и любви в высоком смысле этого слова. В формировании взаимной привязанности супругов имеет значение не только сексуальная сторона. Огромную роль играют высокое удовлетворение от совместной жизни, чувства, связанные с воспитанием детей, общностью духовных интересов, избавлением от одиночества, проявлением нежности и внимания, не носящих выраженной эротической направленности, и т.д. Чем слабее половое влечение, тем меньшую роль оно играет в семейных отношениях.

При дисгамии либидо сохранно. Характерно наличие эротических сновидений и экстракоитального оргазма. Эрогенные зоны гениталий высокореактивны. Аноргазмия может быть как первичной, так и вторичной.

Гиперсексуальность

Гиперсексуальность - патологическое усиление полового влечения и повышение способности к переживанию оргазма. Первое получило название сексомании, или нимфомании, у женщин и сатириаза - у мужчин (нимфы и сатиры - божества древних греков), второе - гиперпотенцемии. Так, одна наша больная в обычном состоянии была способна пережить 1-2 оргазма, в гипоманиакальном состоянии - 20-30 оргазмов в течение ночи, одновременно у нее резко усиливалось и влечение к половому сбли-

жению. С другой больной с изменением личности после перенесенного энцефалита влечение к половому сближению резко усилилось, а способность к переживанию оргазма осталась неизменной.

Причины возникновения гиперсексуальности различны. Одна из них - нарушение деятельности гипоталамической области, лимбической системы в результате перенесенных нейроинфекций (энцефалита), травматических или сосудистых поражений головного мозга, опухолей мозга и т.п. Эти "власти мозга имеют непосредственное отношение к регуляции половой функции. Характерно следующее наблюдение.

К нам на консультацию была направлена физически дряхлая женщина 70 лет после того, как гинекологические и эндокринологические заболевания были исключены. Рост ее 166 см, масса 65 кг. Со слезами на глазах она умоляла избавить ее от появившегося несносного полового влечения. «Я не могу смотреть на мужчин, - говорила она, - они меня сильно возбуждают. Я буквально дошла до отчаянья. Сильное половое возбуждение не покидает меня с утра до вечера. Особенно интенсивно оно проявляется под утро. Я готова покончить жизнь самоубийством, если не избавлюсь от этого».

Больная по характеру общительная, спокойная, уравновешенная. Окончила исторический факультет Московского педагогического института и в течение 40 лет работала учительницей в школе. Последние годы на пенсии. Росла и развивалась нормально. Менструации с 11 лет, обильные, регулярные, по 4-5 дней через каждые 24 дня. Менопауза с 49 лет. Слабые явления выпадения прекратились через 2 года.

Половая жизнь с 22 лет - с замужества, было 8 беременностей. Имеет двух взрослых детей: сына и дочь. Муж погиб, когда больной было 35 лет. С этого времени половой жизнью не жила. Часто испытывала эротические сновидения с оргазмом, снилась половая жизнь с мужем. В первые месяцы после замужества муж совершал 3-4 акта в течение ночи, в дальнейшем - 3-4 акта е неделю. Сама инициативы к половому сближению никогда не проявляла (муж даже обижался). Оргазм вагинальный, не чаще одного раза за ночь. С 35 до 65 лет - мастурбация (3-4 раза в месяц) путем введения пальца во влагалище.

Последние 6 лет страдает сахарным диабетом в тяжелой форме (соблюдает диету) и гипертонической болезнью II стадии. Артериальное давление 160/180— 200/100 мм рт. ст. Периодически сильные головокружения.

Заболела остро 2 года назад. Внезапно возникли сильное головокружение и тошнота. Вслед за этим появилось резкое половое возбуждение. Вначале было ноющее чувство внизу живота. Обратилась к гинекологу, однако патологии не было обнаружено. Затем это ощущение сменилось все более и более нарастающим половым возбуждением. Оно держалось в течение дня и ночи. К мастурбации не прибегала, так как думала, что переживаемое состояние - следствие того, что в прошлом занималась ею. Эротические сновидения с оргазмом не возобновились. Тревога, волнение усиливали половое влечение. Молочные железы стали очень чувствительны к прикосновению. Подмывание также приводило к усилению полового влечения. Психические факторы (телевизионные передачи или книги, где говорится о любви) усиливали влечение, в связи с чем перестала читать подобные книги и смотреть телевизионные передачи.

Гинекологи провели больной месячный курс лечения мужскими половыми гормонами - тестостероном, метиландростендиолом, в дальнейшем - женскими половыми гормонами; ни то, ни другое эффекта не дало. Бромистая камфора, триоксазин, элениум не оказали существенного влияния на силу полового влечения.

Значительного снижения силы полового влечения у больной удалось достигнуть лишь после приема большой дозы аминазина - 150 мг в сутки. Однако препарат вызвал резкую общую вялость, адинамию, сонливость.

В данном случае у женщины 70 лет, страдавшей гипертонической болезнью, после перенесенного сосудистого криза возникли явления гиперсексуальности. Они упорно держались в течение 2 лет. Ослабить силу полового влечения удалось лишь назначением 150 мг аминазина в сутки. Можно полагать, что причиной болезни послужило нарушение мозгового кровообращения с поражением мозга на субкортикальном уровне.

18-летиял кассирша поздно вечером возвращалась домой по темному переулку, имея при себе крупную сумму денег. За ней погнался мужчина. Она с трудом успела вбежать в дом, захлопнув перед ним дверь. Была испугана. Дрожала от волнения. Почувствовала ноющие боли в низу живота, возникли частые позывы к мочеиспусканию. С этого времени возникло сильное половое возбуждение, которое держится на протяжении 22 лет.

Больная почти постоянно испытывает сильное желание половой близости, 3-5 раз в сутки оно резко усиливается и в течение 2-3 часов становится неистовым. Тогда больная не находит себе места, иногда мечется, с трудом подавляет его внешние проявления. Приближение к мужчинам вызывает усиление полового влечения.

Наследственность не отягощена. Росла, развивалась нормально. Получила очень строгое воспитание в семье. Месячные с 14 лет, по 2-3 дня, безболезненные. Половая жизнь со времени замужества - с 21 года. Имеет 5-летнюю дочь. Половой жизнью с мужем живет через день. Половой акт при этом дает лишь кратковременную разрядку.

Половое влечение пытается подавить по нравственным соображениям. Не заводит случайных знакомств, не допускает мысли о возможности занятия онанизмом. Просит врачей удалить ей яичники, чтобы избавиться от мучительного полового влечения. Много времени проводит дома, занимается домашним хозяйством. Избегает ходить в кино, театры, ездить в переполненных автобусах и троллейбусах, так как близость мужчин вызывает сильное половое возбуждение. Иногда начинает казаться, что они могут по ее лицу и манерам догадаться об этом.

До начала болезни не испытывала полового влечения, не интересовалась сексуальными вопросами, ни в кого не влюблялась, эротических сновидений не было. Онанизмом никогда не занималась. По характеру малообщительная, молчаливая. До 18 лет, кроме кори, ничем не болела.

Больная среднего роста, правильного телосложения, женственна. Вторичные половые признаки развиты нормально. Со стороны женской половой сферы отмечается лишь незначительное увеличение придатков. Имеются недостаточность митрального клапана ревматической этиологии, хронический гепатит.

Обследована нами стационарно в психиатрической клинике. Признаков психического заболевания не обнаружено. Симптомов органического поражения нервной системы, а также эндокринных нарушений не выявлено. Гормональная терапия, а также монобромистая камфора, транквилизаторы не дали эффекта. Лечение аминазином и другими нейролептиками не проводилось из-за болезни печени.

В этом случае у здоровой девушки 18 лет, обладавшей весьма слабым половым влечением, после сильного испуга и физического напряжения (быстрый бег) вдруг возникли явления нимфомании. Эти явления стойко держались на протяжении 22 лет. Можно предположить, что они, так же как и в предыдущем случае, были вызваны нарушениями субкортикальных иннерваторных механизмов, вероятно, сосудистого генеза. Менее вероятно предположение о том, что имелась слабость этих механизмов, в связи с чем сильный эмоциональный и физический стресс вызвали их декомпенсацию и возникновение гиперсексуальности гипоталамического генеза.

Половое возбуждение при гипоталамическом синдроме часто носит приступообразный характер. Провоцировать приступ могут объекты, имеющие весьма отдаленное отношение к половой жизни. Так, у одной нашей больной 54 лет сильное половое возбуждение стали вызывать не только присутствие мужчины и разговоры на эротические темы, но даже вид трехлетнего мальчика.

Оргазм при этом синдроме может принимать затяжной волнообразный характер, не давая чувства удовлетворения или принося лишь краткое ослабление влечения. Приступы могут сочетаться с другими проявлениями гипоталамического синдрома, например, нарушениями сна, аппетита, жажды, субфебрильной температурой и протекать в виде эквивалентов гипоталамической эпилепсии. Внезапное сильное половое возбуждение с импульсивным влечением к половой разрядке иногда наблюдается у больных эпилепсией и энцефалитом. Нами наблюдались две девушки, у которых после перенесенного энцефалита, хотя насильственного влечения к половому сближению и не отмечалось, возникавшее сильное половое влечение. У них переставало встречать достаточное сопротивление со стороны личности. Когда оно появлялось, больные готовы были идти (и нередко шли) на половое сближение с первым встречным.

Гиперфункция коры надпочечников, например при опухоли, вызывая усиленное выделение мужского полового гормона (андрогена), также может явиться причиной возникновения синдрома нимфомании. Так, У женщины 52 лет резкое усиление полового влечения явилось первым признаком опухоли коры надпочечников. В суточном количестве мочи у нее обнаружено значительное увеличение содержания 17-кетостероидов. Усиление полового влечения нередко отмечают у себя также женщины,

лечащиеся большими дозами мужских половых гормонов. Иногда он возникает у женщин в климактерическом периоде и, по всей вероятности связано с нарушением гормонального равновесия между мужскими и женскими половыми гормонами в связи с ослаблением гормональное функции яичников.

Усиление полового влечения в детском возрасте иногда может возникнуть под влиянием психических воздействий. К нам на консультацию мать привела очаровательную 7-летнюю девочку с большими бантиками в косичках, мягкую, контактную, умную. С 6 лет у девочки стало появляться сильное половое влечение к мальчикам. Она первая вступает с ними в контакт, отводит их в сторону, проявляет интерес к их половым органам забирается в постель к братику 12 лет и пытается совершить с ним сексуальные действия. Мастурбация отрицается. Признаков органического поражения мозга и эндокринных нарушений не обнаружено. Сильное половое влечение пробудилось после того, как мальчик, на 3 года ее старше, своим половым органом наружно раздражал ее гениталии и просвещал ее в половом отношении. Психотерапия в сочетании с небольшими дозами тиоридазина дала положительный эффект - поведение стало упорядоченным.

Усиление полового влечения как синдром может встречаться при различных заболеваниях, например при маниакальном синдроме у больных маниакально-депрессивным психозом или циркулярной формой шизофрении. При этом на передний план выступают эйфория, психомоторное .возбуждение. Ослабляется задерживающее влияние этических и нравственных представлений на половое поведение. Больные начинают проявлять «половую распущенность». Так, одна наша больная циркулярной формой шизофрении, скромная девушка 19 лет, заболев на курорте, стала вступать в случайные связи с малознакомыми людьми. В поезде, по дороге в Ленинград, познакомилась с мужчинами, сошла в Москве и двое суток провела с ними в гостинице.

Хотя крайне редко, но может встречаться резкое усиление полового влечения и во время депрессивной фазы маниакально-депрессивного психоза, возможно, как элемент смешанного состояния. В. П. Осипов рассказывал нам на лекции о больной, у которой во время депрессивной фазы возникло столь сильное половое влечение, что она ночью, вбежав в будку, в которой находился молодой часовой, стала на коленях умолять его, чтобы он совершил с ней половой акт, и тут же отдалась ему.

Приведенные данные свидетельствуют о том, что гиперсексуальность - это синдром, который наблюдается при различных болезненных состояниях. Особое место занимает так называемый синдром «донжуанизма» - влечение ко все новым и новым «победам» над мужчинами или женщинами. В основе его в одних случаях может лежать характерное для мужчин

инстинктивное влечение к обладанию женщиной, в других – изживание чувства собственной неполноценности, неуверенности в своих достоинствах и в связи с этим - стремление вновь и вновь убедиться в своей привлекательности. По мнению психоаналитиков, подавленное половое влечение к истинному объекту любви может привести к замене этого объекта бесконечной серией эрзац - объектов, ни один из которых не дает полного удовлетворения.

Нам встречались здоровые молодые женщины с сильным и сравнительно рано пробудившимся половым влечением, испытывавшие потребность в ежедневных повторных половых актах. Последние сопровождались затяжным волнообразным вагинальным оргазмом, длившимся до часа. Граница между крайними вариантами нормы и патологией в этих случаях неотчетлива.

Вагинизм и виргогамия

Вагинизмом (от лат. vagina - влагалище) называют непроизвольное судорожное сокращение мышц влагалища и тазового дна, возникающее под влиянием боязни полового акта или гинекологического обследования. При этом иногда судорожно сокращаются и мышцы бедер, а также брюшной стенки.

Судорожное сокращение мышц, делающее невозможным доступ во влагалище, наблюдается не только при вагинизме. Так, оно может наступать при прикосновении к половым органам женщины, вызывающем у нее сильную боль, например, вследствие нарушения целости наружных половых органов, трещин в области заднего прохода, вульвовагинита. В этих случаях оно носит характер защитной безусловно-рефлекторной реакции и в отличие от вагинизма может быть названо псевдовагинизмом.

На основании наших наблюдений, мы предлагаем различать следующие три степени выраженности вагинизма:

I степень - реакция наступает при введении мужского полового органа во время полового акта или при введении врачом инструмента или пальца во влагалище;

II степень - реакция наступает при прикосновении к половым органам или при ожидании прикосновения к ним;

III степень - реакция наступает при одном представлении о половом акте или гинекологическом обследовании.

Страх перед половым актом у больных может быть как следствием услышанных ими рассказов, так и следствием реальной боли, пережитой Ими при дефлорации.

Явление вагинизма, делающее половую жизнь невозможной, ветре, чается, видимо, нередко. Так, к нам в Ленинградскую консультацию по вопросам семейной жизни по этому поводу с разных концов страны приезжают в год до 80 супружеских пар. О том, что они еще не начали половую жизнь, обычно не знают даже их близкие. Легко выраженные временные явления вагинизма, по поводу которых больные обычно не обращаются, часто из-за стыдливости, когда-либо отмечались у 10 % женщин живущих половой жизнью. Сюда относятся инициальный вагинизм возникающий в самом начале полового акта и исчезающий при осторожных фрикциях, а также климактерический вагинизм. Последний развивается в связи со снижением либидо и сухостью половых органов в начале акта, что делает его болезненным или неприятным.

Мы различаем фобическую и истерическую формы вагинизма. При фобическом вагинизме на первый план выступает навязчивый страх перед половым актом (коитофобия). Больные понимают его необоснованность или недостаточную обоснованность, но преодолеть не могут. Упреки, угрозы или требования «взять себя в руки» («всем женщинам было больно») лишь ухудшают состояние, усиливают отчаянье. При попытке совершения акта под влиянием охватывающего страха у них судорожно сжимаются бедра и мышцы вокруг входа во влагалище, в связи с чем акт становится невозможным. Не только прикосновение к половым органам, но даже приближение к ним или одна мысль о половой близости или гинекологическом исследовании ведут к возникновению вагинизма. В менее выраженных случаях (при вагинизме I степени) больные допускают стимуляцию клитора рукой или половым органом мужа, а также разрешают мужу совершать половой акт интралабиально (между малыми губами), но не допускают введения полового члена во влагалище. При этом возможно «непорочное зачатие» - беременность при сохранении девственной плевы (после родов в этих случаях явление вагинизма обычно проходит).

К фобической форме вагинизма склонны женщины, легко возбудимые, вегетативно лабильные, боязливые, боящиеся боли, вида крови, а также тревожно-мнительные. Нередко в прошлом у них наблюдались различные фобии, например боязнь темноты. Встречались больные, не боявшиеся хирургических операций, уколов, лечения у стоматолога, но испытывавшие непреодолимый страх перед дефлорацией (дефлорациофобия). Страх перед половым актом при фобическом вагинизме был либо следствием услышанных ими рассказов, либо реальной боли, испытанной ими при дефлорации.

Больная М., 26 лет, педагог. Приехала из Сибири в Ленинградскую консультацию по вопросам семейной жизни с просьбой о помощи. По характеру общительная, легко возбудимая, вегетативно лабильная (легко краснела), всегда боялась

боли и вида крови, темноты. Подростком слышала устрашающие рассказы о дефлорации. Половой жизнью не жила. Замуж вышла по любви 4 года тому назад за инженера на 3 года старше. Муж спортсмен, боксер. Половую жизнь с мужем не начинала. Во время ласк мужа возникал клиторический оргазм. При попытках совершения коитуса - охватывает сильный, непреодолимый страх, сопровождающийся судорожным сжатием бедер и мышц входа во влагалище. Эти же явления происходят даже при одном приготовлении к половой близости с мужем, приближении руки гинеколога. Транквилизаторы (элениум, меллерин), а также алкогольное опьянение реакцию не устраняют. У мужа опыта половой жизни не было. Половые органы крупные. Эрекция в первые годы брака была хорошей, в последний год стала несколько ослабленной в связи с застойными явлениями в предстательной железе. Стали появляться признаки невроза ожидания.

С больной проведены психотерапевтические беседы, направленные на коррекцию ложных представлений о дефлорации. Указано, что врач никаких насильственных процедур проводить не будет и не будет вызывать чувство боли. Показаны письма излеченных больных. Проведен сеанс суггестивной терапии. Начата тренировка по методу угашения условной связи. Сначала она была направлена на преодоление судорожного сокращения мышц бедер. Для этого рекомендовано одетой, лежа на спине, вызывать у себя расслабление этих мышц и раздвигать бедра. Далее одетой проводить с мужем это упражнение с имитацией полового акта. Сеансы внушения сочетались с тренировкой, при которой допускалось прикосновение вначале к прикрытым одеждой половым органам больной, а затем к не прикрытым. Однако введения кончика пальца во влагалище больная не допустила. С согласия мужа было проведено «расширение входа во влагалище» - хирургическая дефлорация; она сделана без наркоза, вызвала небольшую мгновенную боль.

После увлажнения половых органов вазелиновым маслом, под руководством врача, медленно, постепенно ввела себе тонкий (диаметром 0,4 см) расширитель глубоко во влагалище. Была поражена тем, что оно «такое вместительное».

На третий день после дефлорации допустила введение во влагалище сначала пальца врача, потом двух пальцев, после чего было введено гинекологическое зеркало. Обучена самой себе вводить расширители вплоть до большого диаметра (4 см) с тем, чтобы суметь помочь мужу, и даны советы по выбору оптимальной позы сближения. В тот же вечер начала нормальную половую жизнь. Лечение заняло 10 дней с момента обращения. Одновременно с лечением жены проводилось и лечение мужа (психотерапия, сеансы массажа предстательной железы).

В данном случае у девушки, относящейся к астеническим личностям, под влиянием рассказа об «ужасах» дефлорации возник фобический вагинизм - навязчивый страх дефлорации (дефлорациофобия), сочетавшийся с судорожным сокращением мышц бедер и входа во влагалище. Страх не удавалось подавить ни транквилизаторами, ни большими дозами алкоголя. В течение четырех лет любящие супруги не могли начать половую жизнь. Последний год у мужа несколько снизилась потенция. Суггестивная терапия, наряду с лечением по методу угашения условной связи («терапией поведения»), привела к полному устранению вагинизмами супруги начали нормальную половую жизнь.

В основе фобического вагинизма лежит образование патологически прочной условно-рефлекторной связи, как это характерно для навязчивых состояний, между половым актом и чувством страха. Страх перед дефлорацией может быть даже сильнее страха смерти. Так, наша больная, инженер, 26 лет, в отчаянье от невозможности в течение двух лет преодолеть страх перед дефлорацией и начать половую жизнь с любимым мужем совершила тяжелую попытку самоубийства (отравилась). Трое суток находилась в отделении реанимации и все же после этого не отказалась от своего намерения. Страх удалось устранить в течение двух недель и она начала нормальную половую жизнь. Сейчас она счастливая мать.

Истерический вагинизм встречается редко. Причиной его, в отличие от фобического, является осознаваемое или неосознаваемое нежелание больной жить половой жизнью с данным лицом. Вагинизм же служит как бы средством для достижения этой цели. Он возникает по механизму «бегства в болезнь», «условной приятности или желательности болезненного симптома», носит черты гротеска, драматического изображена отвращения и боязни половой близости и нередко сопровождается жалобами на «жгучие боли», возникающие при малейшем прикосновении к половым органам. Характерен вагинизм II степени, избирательный направленный лишь на определенное лицо.

Явления вагинизма могут держаться годами. Так, к нам обратилась обаятельная женщина-филолог - общительная, мягкая, несколько тревожно-мнительная, альпинистка. Муж - физик, в половом отношении здоров. Брак по любви. В 20-летнем возрасте, в первую брачную ночь, ощутила резкую боль при дефлорации. И с этого момента - непреодолимый страх перед введением мужского полового органа во влагалище, а также боязнь гинекологического обследования. Допускает контакты с наружными половыми органами, испытывает оргазм, однако при попытке коитуса - сильнейший непреодолимый страх с непроизвольным судорожным сжатием бедер, напряжением мускулатуры тазового дна и входа во влагалище. Явления фобического вагинизма держались 19 лет. Нам удалось полностью устранить их за 19 дней, во время которых проводились ежедневные сеансы суггестивной терапии в гипнотическом сне первой степени, по Форелю, в сочетании с лечением по методу угашения условной связи - тренировками дома по введению расширителей во влагалище, как в вышеприведенном наблюдении. Сейчас она также счастливая мать.

Длительный вагинизм у жены часто приводит к ослаблению потенции у мужа в связи с развитием у него невроза ожидания и нередко возникновением застойных явлений в предстательной железе.

Вагинизм очень тяжело переживается супружеской парой и являет одной из причин возникновения отношений, названных нами *виргогами** (от лат. virgo - девственница, gamos - супруг) - «девственным браком:

медицинские и психологические аспекты таких браков мало изучены, так как супруги обычно скрывают характер своих отношений даже от самых близких людей.

После публикации первого издания книги «Женская сексопатология» - 1974 г. и статей в феврале 1978 г. в журнале «Работница», в августе 1978 и марте 1982 г. в журнале «Здоровье», а также книги «Неврозы» в 1982 г., в которых упоминалось о помощи, оказанной супругам, у которых брак «еще фактически не состоялся», в Ленинградскую консультацию по вопросам семейной жизни со всех концов Советского Союза обратились свыше 500 супружеских пар по поводу виргогамий. Из них мы проанализировали 264 пары с длительностью виргогамий от одного года до 19 лет. Возраст супругов от 19 до 52 лет, в основном от 20 до 30 лет. Среди обратившихся за помощью сельские жители составили 25%, рабочие - 26,9%, лица с высшим законченным или незаконченным образованием - 29%.

В 93,2% ни муж, ни жена не имели до брака опыта половой жизни, у большинства мужчин половой член крупный, что могло создавать некоторые дополнительные затруднения при дефлорации. Около девяти десятых пар прибегали к петтингу и достигали оргазма. Аноргазмия встречалась реже, чем среди женщин, живших нормальной половой жизнью, так как последние, видимо, реже прибегали к дополнительной стимуляции эрогенных зон. Фригидные, асексуальные женщины составляли менее 10%.

Наши наблюдения позволяют выделить следующие три формы виргогамий: фобическую (от греч. fobos - страх), игнорантную (от лат. ignoratio - незнание) и импотентную. Возможно их сочетание.

Фобическая форма характеризуется навязчивым страхом дефлорации или коитуса, вызванным боязнью боли. Страх нередко сопровождается сокращением мышц входа во влагалище и тазового дна (вагинизмом), возникающим при попытке полового сближения. В одних случаях он возникает у боязливых девушек под влиянием рассказов об ужасах первой брачной ночи, в других - после болезненной попытки дефлорации; в крайне редких случаях - вследствие отрицательного отношения к мужу.

К фобической форме относится около двух третей виргогамий. Эффект от лечения виргогамий (сочетание психотерапии со специфической тренировкой, описанной в разделе терапии вагинизма) достигался почти в 100% случаев, чаще всего за 1-2 недели.

Игнорантная виргогамия встречалась у 17,5% пар. Она являлась следствием неопытности супругов, неосведомленности, недостаточной ориентации в топографии гениталий. В этой группе виргогамий у девушек часто отмечалось подавляющее сексуальность воспитание, у мужчин -отсутствие сексуальных игр со сверстниками в детском возрасте.

Молодая супружеская пара полтора года не могла начать половую жизнь. Супруги впали в отчаянье и приехали к нам за 10 тысяч километров. У мужа —

хорошая эрекция. Гинекологи сказали жене, что она здорова. Ни вагинизма, ни боязни дефлорации мы не обнаружили. У супругов впечатление, что половой орган мужа во что-то упирается, жене становится очень больно и ввести его во влагалище не удается.

В гинекологическом кабинете женщине было предложено нащупать вход во влагалище толстым зондом (стержень, покрытый поролоном, обтянутый презервативом для обеспечения стерильности) и определить нужное направление. Ей этого не удалось сделать. «Вы же врач-терапевт, как же вы не можете найти вход и показать правильное направление?». - «На больной я, конечно, могу показать, но себя я никогда не трогала ... » Когда ей показали вход и правильное направление и дали самой несколько раз его у себя нащупать, она воскликнула: «Он не туда шел!» В тот же вечер супруги начали половую жизнь.

Импотентная форма виргогамий наблюдалась в 21,2% случаев и была вызвана нарушением половой функции у мужа. В огромном большинстве случаев эти нарушения впервые обнаруживались лишь при попытке первого полового акта с женой. Они являлись следствием либо невроза ожидания, либо длительного полового возбуждения (фрустрации) в период жениховства, либо необходимости неожиданно отложить сближение вследствие прихода месячных жены. Лишь в очень редких случаях причинами были простатит, фимоз и т.п. Эту форму виргогамий удавалось устранить в течение 2-4 недель в 86% случаев.

При виргогамий складываются особые межличностные отношения между супругами, определяющие поразительную стабильность брака. Общее горе и любовь, чувство вины и жалости скрепляют брак. Иногда в таких случаях супружеская верность со стороны мужа объяснялась боязнью быть несостоятельным совершить половой акт с другой женщиной, со стороны жены - быть «уличенной» в девственности.

Психогенные генитальгии. Генитальгиями (от лат. genitus - половой, algia - боль) называют болезненные ощущения в области половых органов. Они могут быть как соматогенного, так и психогенного происхождения. В первом случае причиной их чаще всего бывают воспалительные процессы или травмы половых органов, во втором - психические факторы.

В зависимости от связи генитальгии с половым актом Т. Е. Агаркова (1986) выделяет: генитальгию "ожидания", генитальгию фрикционного периода, фрустрационную генитальгию и генитальгию вне копулятивного цикла. Она отмечает, что болевые ощущения чаще всего возникают после полового акта, если он не завершился оргазмом, реже в момент интроитуса или во время фрикций.

Психогенные генитальгии часто встречаются при вагинизме и коитофобии; больные в этих случаях жалуются на резкую боль даже при легком прикосновении к наружным половым органам и тем более при попытке введения пальца во влагалище. Но если, не обращая внимания на жалобу, все же резко прикоснуться к их гениталиям, больные соглашаются с тем, что им не больно, а страшно. В таких случаях «боль» удается погасить.

Психогенные генитальгии могут относиться и к проявлениям истерического невроза (genitoalgia hysterica); для истерических генитальгии характерны различные боли - ноющие, режущие, стреляющие, колющие, «как мечом пронизывающие тело», а также парестезии (ощущение ползания мурашек, зуда и т.п.). Локализуются боли чаще всего в области влагалища и нижней части живота, реже - в области наружных половых органов. Появляются обычно в связи с половым актом, в его начале или в конце, и могут сочетаться с чувством тошноты, «замиранием всего тела», стонами и экспрессивными движениями. Больные начинают всячески избегать половых контактов или даже полностью от них отказываются. В основе истерических генитальгии лежит механизм «бегства в болезнь», «условной приятности или желательности болезненного симптома». Боль в этих случаях носит характер самовнушения и призвана избавить больную от половой жизни, ставшей несносной либо вследствие того, что не возникает полового удовлетворения, либо вследствие нежелания испытывать половые ощущения от человека, ставшего противным (например, пьяного или грубого мужа). При этом обычно сосуществуют противоречивые тенденции: с одной стороны, желание избавиться от половой близости, с другой - желание сохранить семью ради детей или общественного мнения. Больные чаще всего полагают, что боль заставляет их отказываться от половой жизни, и не осознают, что в действительности нежелание жить половой жизнью служит причиной появления у них боли. Характерно следующее наблюдение.

Больная Р., 32 лет. Замужем 10 лет. Имеет двоих детей, 6 и 8 лет. Последние 2 года во время полового акта и после его окончания стала испытывать режущую боль в области влагалища, ноющие боли в крестце, стреляющие боли, исходящие из малого таза и иррадиирующие в область желудка, иногда чувство дурноты, замирание сердца. Последние месяцы половую жизнь почти полностью прекратила. С мужем и детьми стала раздражительной. Муж внимателен, заботлив. Она высоко ценит его как друга и отца детей.

В первые годы замужества в половом отношении была холодной, к половой близости относилась равнодушно. После рождения второго ребенка несколько раз во сне возникало чувство оргазма. Три года назад была кратковременная половая связь с другим мужчиной, во время которой испытывала половое удовлетворение. Половая жизнь с мужем и после этого оргазмом не завершалась, но стала вызывать состояние фрустрации с последующими ноющими болями в крестце. К началу полового акта половые органы оставались сухими и фрикции были болезненными. В дальнейшем боли стали нарастать и иррадиировать. Муж как сексуальный партнер противен. Хотела бы его оставить, но не решается это сделать из-за детей и из-за его высоких моральных достоинств. Допускает, что муж может в конце концов ее оставить, так как заболевание ее нарушает семейную жизнь.

В процессе психотерапии больной разъяснена связь ее боли с психотравмирующей ситуацией, с неосознаваемым желанием избежать половой жизни,

ставшей ей неприятной, порвать отношения с мужем, спровоцировать его уход возложить на него моральную ответственность за распад семьи. Проанализирована интимная сторона их семейной жизни и указано на возможность достижении половой гармонии с мужем. Подчеркнута важность психологической перестройки отношения к нему и возникновения эротической настроенности. Проведено 4 сеанса гипнотерапии с внушением устранения боли и возникновения полового удовлетворения. Мужу назначен двухнедельный курс тиреодазина (сонапакс) для того, чтобы сделать его способным более длительно совершать половой акт После 3-го сеанса гипноза впервые испытала половое удовлетворение с мужем. Генитальгии прекратилась. Половая жизнь с мужем нормализовалась.

В данном случае истерическая генитальгия возникла под влиянием психотравмирующей ситуации и устранилась, когда эта ситуация была разрешена.

Иногда в климактерическом периоде наблюдается усиление полового влечения, сопровождающееся периодическими приливами крови к половым органам, вызывающими парестезии. Если усилившееся половое влечение не находит разрешения в половой жизни или мастурбации и подавляется, то это может вести к усилению парестезии и переходу их в ощущение зуда в области гениталий. Последнее в дальнейшем начинает возникать и вне отчетливой связи с половым возбуждением (« нервный зуд »).

Психогенные генитальгии следует дифференцировать с сенестопатическим-ипохондрическим синдромом неврозоподобной формы шизофрении. Для последней характерно появление, помимо альгий, необычных ощущений в области гениталий (сенестопатий), например чувства «лопающихся пузырьков во влагалище», «слипания и разлипания стенок влагалища», «раздувания матки», присоединений идей физического воздействия (действия тока на расстоянии, гипноза), дисморфофобий (например, «левая половая губа стала тоньше… , появился особый запах, который другие замечают»), бредовых идей эротического характера, отношения и т.п.

В случае генитальгии очень важно тщательное обследование больной для исключения соматического генеза заболевания. Так, к нам обратилась больная Г., 26 лет, с жалобами на то, что последние 2 года она не может жить половой жизнью из-за боли при половом акте. Малейшее прикосновение к половым органам стало вызывать чувство страха До этого 5 лет жила с мужем нормальной половой жизнью. Имеет 3 детей. Высказывалось предположение о психогенном генезе заболевания. Тщательное гинекологическое обследование позволило установить воспалительный процесс во влагалище, явившийся причиной болевых ощущений. Избавление от боли наступило с устранением основного заболевания.

Одной из причин болевых ощущений в начале половой жизни являются неполная дефлорация, сопровождающаяся незначительным кровотечением и легкой болезненностью, а также случаи, когда девственная плева подвер-

галась лишь растяжению, без разрыва. Медицинская дефлорация с полным нарушением девственной плевы дает хороший терапевтический результат.

Болезненность в начале полового акта нередко связана и с недостаточной предварительной психоэротической подготовленностью женщины, а также с легкими явлениями вагинизма, вызывающими сужение входа во влагалище.

Аутоэротизм, нарциссизм, мастурбация

Под аутоэротизмом подразумевается направленность полового влечения на самого себя. К нему обычно относят нарциссизм и мастурбацию.

Согласно греческому мифу, красавец-юноша Нарцисс, увидев свое отражение в воде, влюбился в него и был превращен богами в цветок нарцисс. В 1899 г. Мекке предложил называть возникновение полового возбуждения при виде собственного тела нарциссизмом. Иногда разглядывание тела сопровождается мастурбацией.

Самолюбование собственным телом, разглядывание его в зеркале часто наблюдается в юношеском возрасте, как этап в познании своего тела. Нередко много часов проводят у зеркала больные с синдромом дисморфофобии, разглядывая свое якобы изменившееся тело. Однако это не имеет отношения к нарциссизму. Истинный же нарциссизм встречается крайне редко. Лишь один из опрошенных нами мужчин отметил, что в юношеском возрасте он нередко любовался в ванной в зеркале телом и при этом совершал мастурбаторные акты. В подобных случаях мастурбация является одним из проявлений аутоэротизма.

Под мастурбацией (или онанизмом) понимается половое самовозбуждение. В библии говорится, что Онан «пролил семя на землю». Отсюда Беккер и предложил термин онанизм. Некоторые считают этот термин неудачным, так как Онан практиковал не самовозбуждение, а прерванное половое сношение. В качестве онанизма в научной литературе чаще пользуются термином мастурбация (от лат. manusturbo - рукой приводимый в движение), реже ипсация (от лат. ipse - сам).

К мастурбации относится лишь активность, совершаемая без наличия полового партнера. Парная сексуальная деятельность, если при ней оргазм достигается даже путем механического раздражения половых органов партнером или путем самораздражения их перед началом или по окончании полового акта, не относится к аутоэротизму, в частности к мастурбации. Парная сексуальная деятельность имеет психоэротическую структуру, отличную от мастурбации, так как связана с эротическими отношениями, возникающими между двумя людьми. Если партнеры принадлежат к раз-

ному полу, то она не относится к патологии. Так, не относятся к мастурбации петтинг - взаимные ласки мужчины и женщины, в том числе сопровождающиеся раздражением гениталий и приводящие к оргазму, а также орально-генитальный контакт. Спорным является отношение к аутоэротизму, мастурбации, сопровождающейся эротическими фантазиями, при которой в значительной мере сохраняется направленность полового влечения во вне.

Мастурбация нередко встречается у млекопитающих, причем у самцов чаще, чем у самок. Она наблюдалась у самок крыс, кроликов морских свинок, собак, лошадей, обезьян, китообразных и других млекопитающих.

По данным антропологов, женщины многих примитивных народов часто прибегают к мастурбации. Указания на мастурбацию у женщин встречаются в библии, античной и древней восточной литературе. Еще Аристотель писал, что у девушек 14 лет может развиться привычка эротического самоудовлетворения. В древней восточной литературе описываются дидлосы - предметы, которые женщины вводят себе во влагалище для самоудовлетворения.

Мастурбация широко распространена как среди мужчин, так и среди женщин. По данным A. Kinsey (1953), когда-либо занимались ею 93% мужчин и 62% женщин. Она встречается даже в раннем детском возрасте, однако состояние полового возбуждения, во время которого грудные дети сжимают бедра и совершают ими ритмичные движения, тяжело дышат, краснеют, покрываются потом и затем засыпают, чаще всего является проявлением не мастурбации, а диэнцефальных приступов. У 3-4-летних и более старших девочек может возникать сильное влечение к мастурбации. Так, нам известна девочка 3 лет, которая ложилась вниз животиком на куклу и совершала тазом легкие, ритмичные, довольно быстрые движения, вызывающие трение гениталий о куклу. Со стороны физического и психического развития отклонений от нормы у этой девочки не обнаруживалось. По данным Д. Н. Исаева и В. Е. Когана (1973), в детских садах мастурбация отмечается у 10% здоровых детей.

Частота мастурбации среди женщин с возрастом медленно и постепенно увеличивается. Так, по данным A. Kinsey (1953), к 7 годам когда-либо занимались мастурбацией 4%, к 12 годам - 12%, к 13 годам - 15% (13 лет - средний возраст наступления первой менструации) и к 35 годам - 60% женщин. В отличие от этого частота мастурбации у мужчин возрастает главным образом в период полового созревания. Так, из мужчин к 12 годам когда-либо занимались мастурбацией 21%, к 15 годам - 82%, а к 20 годам - 92%. Большинство мужчин занимаются мастурбацией главным образом в возрасте 14-18 лет и почти полностью прекращают ее к 25 годам, большинство же начавших мастурбировать женщин продолжают заниматься

ею 55-60 лет. Менее года занимаются мастурбацией лишь около 10% женщин, когда-либо мастурбировавших.

Частота актов индивидуально значительно варьирует. У большинства незамужних женщин она составляет от 1-2 актов в неделю до одного месяц. У замужних это происходит в среднем 1-2 раза в месяц. Встречаются женщины с сильным половым влечением, которые мастурбируют годами ежедневно по нескольку раз в день. Женщины обычно не довольствуются наступлением одного оргазма, особенно если он носит клиторический характер и не дает полной разрядки. Если нет каких-либо внешних помех, то женщины чаще всего вызывают у себя подряд не менее трех-четырех следующих друг за другом оргазмов, лишь после этого чувствуют себя удовлетворенными. Между отдельными оргазмами состояние полового возбуждения у них снижается до «плато» - фазы. В то время как при половом акте степень их удовлетворения зависит во многом от поведения партнера, здесь они могут достигнуть полной разрядки.

Г. С. Васильченко (1977) называет умеренной мастурбацию не чаще 2-3 раз в неделю, условно-эксцессивной - периодическую ежедневную однократную мастурбацию, и безусловно-эксцессивной - при нескольких актах в сутки. (Я полагаю, что одной из причин импотенции у мужчины может являться лишь мастурбация, при которой длительно практикуются ежедневные повторные мастурбаторные акты, особенно при вялой или отсутствующей эрекции).

Около половины мастурбировавших женщин открыли эту возможность самостоятельно, чаще всего под влиянием того, что девочка (или подросток), прикасаясь к половым органам случайно, например, во время туалета, или раздражая их в связи с зудом, появившимся в этой части тела (например, вызванным острицами), испытывает приятные ощущения. Повторяя вызвавшие удовольствие движения, некоторые приходят к открытию возможности получения полового удовлетворения таким путем. Иногда впервые чувство оргазма у ребенка возникает при трении тесной одежды о половые органы или в то время, когда родители ласкают или целуют область его половых органов. Некоторые женщины открывают для себя такую возможность в 30-40-50 лет и с этого времени начинают вызывать у себя оргазм.

Второй по частоте источник информации о возможности мастурбации у женщин - устное сообщение или сведения, почерпнутые из литературных источников. В отличие от женщин у мужчин - это основной источник информации: мужчины довольно редко (лишь в четверти случаев) приходят самостоятельно к открытию возможности мастурбации.

Иногда женщины, слышавшие о мастурбации мужчин, не подозревают, что это явление встречается и у женщин. Некоторые из них, занимаясь ею годами, не подозревают, что это мастурбация. В отличие от юношей девушки

довольно редко начинают мастурбацию под влиянием подражания, т.е. по влиянием наблюдения за актами, совершаемыми подругами. В раннем детском возрасте, однако, случаи подражания не составляют такой у», редкости.

Около 80% женщин при мастурбации стимулируют область клитора или малых губ и испытывают клиторический оргазм. Распространенности этой формы мастурбации способствуют врожденные особенности расположения эрогенных зон; высокая чувствительность клитора при его легкой доступности может довольно рано обнаружиться и вызывать стимуляцию этой области с целью самоудовлетворения. Формы этой стимуляции различны. Чаще всего предпочитается давление на всю зону лобка, при этом клитор получает нежные раздражения. Оргазм в этих случаях возникает не так быстро, как при непосредственной стимуляции клитора, однако многие женщины отмечают, что клитор у них очень чувствителен к прикосновениям и более или менее длительное или сильное давление на него вызывает болевые ощущения. Поэтому они предпочитают ритмичное давление на всю область лобка. У некоторых женщин чувствительность строго избирательна, в связи с чем одни стимулируют тело, другие только головку клитора. Примерно 10% женщин, занимающихся мастурбацией, путем сжатия бедер - сильного напряжения мускулатуры бедер в области малого таза - достигают оргазма (миокомпрессионный оргазм). Многие из них при этом совершают ритмичные движения бедрами при скрещенных ногах, обеспечивая таким образом достаточную стимуляцию области клитора и малых губ.

Характерно самонаблюдение, приведенное в письме, которое автор получил от 32-летней женщины: «Я прочла Вашу книгу «Неврозы и их лечение» и решила Вам все написать... Онанизмом я стала заниматься в 8-9 лет, точно не помню. У нас на квартире жили муж с женой и каждую ночь я слышала все, что у них происходило, и вот однажды и мне захотелось... Когда они имели сношение, то я на койке вся сжималась в комочек, скрещивала ноги и крепко-крепко сжимала их, потом начинала тяжело дышать, как это делает мужчина. Потом я стала заниматься сама. Садилась на угол стола на ягодицы нога на ногу и сжималась, одной рукой держась за стол, или на койке ложилась на правый бок нога на ногу и сильно сжимала половые губы, ноги должны были быть сомкнуты до тех пор, пока не наступал оргазм. В то же время двигала бедрами. Оргазм вызывался через 3-5 минут. При этом представляла, что со мной мужчина. Вводила во влагалище палец, но приятных ощущений никаких не испытывала. В первые годы я занималась этим 3-4 раза в день, когда дома никого не было, иногда 2 раза подряд, без интервалов. В 21 год я вышла замуж, родила дочь, но от мужа не получала удовлетворения. И до сих пор занимаюсь тем же, но реже - 1-2 раза в месяц...».

Мне известны девочки младшего школьного возраста, которые, сидя на уроке, напряжением мышц бедер вызывали у себя оргазм.

Около 20% женщин, занимающихся мастурбацией, в тот или иной период пробуют вводить во влагалище предметы с тем, чтобы вызвать у себя оргазм. Это обычно связано с представлением о том, что оргазм может быть вызван имитацией полового акта (имеется в виду введение фрикции полового члена). Многие женщины, однако, в дальнейшем отказываются от таких действий, а применяющие такую технику в основном раздражают пальцем лишь вход во влагалище. Хотя и редко, но встречаются женщины, которым наибольшее удовлетворение доставляет ритмичное давление инородным телом на задний свод или на зону S, при этом у них возникает вагинальный оргазм. Лишь немногие женщины во время мастурбации стимулируют грудные железы, прижимают их, ритмично раздражают, прикасаясь к подушке или к чему-либо другому. (У некоторых женщин раздражение грудных желез само по себе может вызвать наступление оргазма). У одной из обратившихся к нам женщин оргазм возникал лишь при попадании на область клитора струи горячей воды.

Некоторые женщины для самоудовлетворения пробовали вводить себе в мочеиспускательный канал инородные тела. Однако вскоре они обычно от этого отказывались.

При мастурбации женщины достигают оргазма с такой же быстротой, как мужчины, т.е. около 50% женщин - в течение 1-2 минут, 25% - за 3-4 минуты и еще 25% - за 6-10 минут. Большинство женщин при мастурбации достигают оргазма быстрее, чем при половом акте. Это объясняется несоответствием применяемой техники полового акта индивидуальным потребностям данной женщины, например тем, что не обеспечивается хотя бы кратковременное и непрерывное давление и ритмичное раздражение половых органов, в частности области клитора и малых губ. Рукой может быть оказано более интенсивное, чем при половом акте, раздражение таких эрогенных зон, как клитор или малые губы, а также в какой-то период времени фрикции рукой могут проводиться значительно быстрее, чем это возможно при половой близости. У некоторых женщин оргазм в течение 1-2 минут наступает при стимуляции в ритме 6-8 раз в секунду, и у них же - в 2-3 раза медленнее при ритме 1-2 раза в секунду. Кроме того, как уже говорилось выше, некоторые женщины оказывают избирательное целенаправленное воздействие на наиболее возбудимые эрогенные зоны, например определенный участок клитора.

Подобно тому, как у человека, испытывающего чувство голода, возникают мысли, связанные с едой, так и у здорового человека, испытывающего половое влечение, могут возникать фантазии эротического содержания. Возникновение этих фантазий не следует относить к «психическому онанизму». Они являются нормальным проявлением психической деятельности и никакого отношения к онанизму не имеют. Большинство мужчин и около 50% женщин одновременно с совершением мастурбаторных актов

вызывают у себя те или иные эротические фантазии. У женщин фантазии сопутствующие или предшествующие началу мастурбационного акта, встречаются чаще, чем у мужчин.

Мастурбация может носить характер сознательно-волевого акта, совершаясь, например, эпизодически. «До замужества, - рассказывает одна наша больная, - я, принимая ванну, нередко сама вызывала у себя половое возбуждение ритмичным давлением руки на половые органы и доводила себя до оргазма. Желания к совершению этих действий до тех пор, пока я их не начинала, у меня не было, я просто, разумом понимая, что можно пережить приятные ощущения, шла по этому пути». Однако мастурбация может принимать характер и навязчивого влечения. В эти, случаях первоначально возникает половое возбуждение, а затем сильное непреодолимое желание путем мастурбации вызвать наступление оргазма «Когда я лежу в теплой постели, - рассказывала другая больная, - у меня иногда возникает сильное половое возбуждение и желание вызвать разрядку, освободиться от чувства напряжения. Я борюсь с собой, не хочу заниматься онанизмом, но все-таки в конце концов обычно достигаю разрядки, раздражая половые органы рукой». Иногда влечение к совершению мастурбаторного акта наступает столь быстро и интенсивно, что оно не подвергается критическому осмысливанию, чувства борьбы не возникает и влечение непосредственно переходит в действие, т.е. носит насильственный характер.

Шестилетняя девочка рассказывала мне: «Я ложусь спать и кладу ручки на одеяло, потом уже начинаю засыпать и что-то там (показывает на половые органы) чувствую, а ручка сама, сама идет и так нажимает и трет, и нажимает. Я не хочу совсем трогать это место, не хочу, ручка сама... Я говорила маме, зашей мне штанишки!» Влечение к онанизму возникло после того, как в пятилетнем возрасте острицы вызвали зуд в области половых органов. На протяжении двух лет почти ежедневно девочка занималась мастурбацией. Дежурство родителей у постели, уговоры, убеждения ни к чему не приводили. Девочке было внушено, что она перестанет об этом думать, что все это пройдет само собой. Родителям было предложено перестать на это обращать внимание. В 9-летнем возрасте мать как-то задала ей вопрос в отношении онанизма. Она ответила: «Ну что ты, мама, я давно об этом забыла!». Девочка развита физически нормально, обнаруживает прекрасные умственные способности, отлично учится, спокойная, уравновешенная.

Значение мастурбации и ее последствия. С биологической точки зрения целью полового сближения является продолжение рода, поэтому мастурбация давно рассматривается как что-то противоестественное, с этической точки зрения неприемлемое. Какие бы ощущения она ни вызывала, она не может заменить нормальную половую жизнь. Истинная полнота полового удовлетворения достижима только при половой близости с любимым человеком. С морально-этических позиций мастурбация обычно осужда-

обществом, и лица, у которых возникло к ней навязчивое влечение, страдают от этого и хотят от него избавиться. Не одобряя эту форму половой активности, мы в то же время считаем важным строго объективно оценить ее последствия для здоровья, так как значение их имеет для врача большое практическое значение. Между тем оценке мастурбации бытует много ложных представлений, порой являющихся источником тяжелых психотравмирующих переживаний у лиц, когда-либо занимавшихся ею.

На позицию старых авторов большое влияние оказывало то, что онанизм считался непростительным грехом. Например, N. Grouch в 1741 г. писал, что самоудовлетворение является не только тягчайшим грехом, но и якобы вызывает появление желто-черного цвета кожи, судороги, истощение, бесплодие и ведет в конце-концов к смерти. В 1764 г. S. A. Tisso в работе, посвященной онанизму у женщин, доказывал, что он якобы вызывает истерию, головокружение, желтуху, появление болей во всем теле и наступление смерти. Однако уже в 1786 г. вышла работа J. Hunter, в которой он писал, что онанизм так же безвреден, как и обычный половой акт. С этого времени опубликованы сотни работ, в которых одни авторы доказывали страшный вред онанизма, другие - не только полную безвредность, но даже его пользу. В наше время мастурбацию считают безвредным такие ведущие сексологи, как A. Kinsey (1953), H. Giese и V. E. Gebsattel (1962), J. Lo-Piccolo (1978). Г. С. Васильченко (1977) полагает, что в большинстве случаев мастурбации представляют собой не более чем «суррогатное средство», помогающее в какой-то степени смягчить проявления физиологического дискомфорта, порождаемые биологической потребностью, не находящей адекватного удовлетворения.

Не подлежит сомнению, что мастурбация для женщины с физиологической точки зрения безвредна. В процессе мастурбаторного акта происходят такие же местные изменения в половых органах женщины, как и при нормальном половом акте, т.е. не возникает каких-либо явлений застоя в половых органах или каких-либо нарушений их функции, если мастурбация не носит патологически затягиваемого характера. Некоторыми гинекологами высказывалось мнение, что длительная многолетняя мастурбация у девочек может способствовать увеличению в размерах клитора и малых губ, однако эти данные весьма спорны. Скорее всего, девочки с выраженным половым влечением и хорошо развитым клитором чаще начинают мастурбировать, чем девочки со слабым половым влечением. Лишено всякой научной основы опасение некоторых женщин, что мастурбация может вести к появлению боли в крестце, тошноте, рвоте, нарушениям функции внутренних органов, ослаблению памяти, ухудшению умственных способностей и даже возникновению психических заболеваний. Поскольку в физическом отношении мастурбация влияет на организм женщины так же,

как половой акт, то и часто (по нескольку раз в день) повторяемые мастурбаторные акты могут вызывать такое же чувство усталости, такую же общую астенизацию, как и неумеренно часто совершаемые половые акты. При некоторых психических заболеваниях возникает усиление полового влечения и расторможенность в поведении. Больные начинают открыто мастурбировать. Однако такое поведение является следствием психического заболевания (энцефалит, маниакально-депрессивный психоз, начальные проявления шизофрении и т.п.), но не его причиной.

Около половины женщин, когда-либо мастурбировавших, испытывают угрызения совести по этому поводу. У некоторых из них возникает тяжелый конфликт между чувством вины, представлениями об «аморальности, недопустимости, страшном вреде» совершаемых действий, с одной стороны, и влечением к их совершению - с другой. Вот такой конфликт, если он резко выражен, иногда может способствовать развитию невроза или даже вести к его возникновению. Так, в моей книге «Неврозы и их лечение» описано возникновение навязчивого «страха загрязнения», в основе которого лежал конфликт между влечением к совершению мастурбаторных актов и представлением о них как о чем-то грязном, недопустимом. Можно сказать, что повредить здоровью может не сама мастурбация, а угрызения совести, боязнь ее мнимых последствий. Опасения некоторых девушек, что о занятиях мастурбацией можно узнать по выражению их лица, глаз и т.п., лишены всяких оснований.

Иногда высказывается предположение, что длительное занятие мастурбацией может быть причиной недостаточной половой активности со стороны девушки, недостаточного стремления к установлению контакта с молодыми людьми. Однако отношения здесь скорее обратные: девушки с сильным влечением и затруднением контакта с лицами противоположного пола чаще занимаются мастурбацией, чем те, которые легче находят возможность установления контакта. Это же относится и к застенчивым молодым людям.

В литературе высказывается мнение, что мастурбация может способствовать возникновению половой холодности. Это тоже лишено основания. Здесь опять причина смешивается со следствием. Женщины холодные, с низким половым влечением обычно не испытывают и влечения к мастурбации. Статистика показывает, что среди лиц, занимавшихся мастурбацией до начала половой жизни, аноргазмия встречается в 3 раза реже, чем среди лиц, никогда не занимавшихся ею. Таким образом, можно сказать, что приобретение опыта к переживанию оргазма до начала половой жизни способствует более быстрой адаптации во время половой жизни. Нередко замужние женщины, впервые пережив оргазм во время мастурбации, начинают его испытывать и во время половой жизни.

Иногда женщины обращаются к врачу с жалобой, что во время полового акта они не испытывают оргазма, в то время как при мастурбации в прошлом испытывали его. Однако здесь дело не в каком-то особом, вредном влиянии мастурбации, а в том, что эти женщины во время полового акта не получают со стороны мужа достаточной стимуляции эрогенных зон, соответствующей их потребности. Например, женщины, у которых особенно возбудимой является область клитора, испытывают оргазм при его возбуждении во время мастурбации. Они же, если эта область не получает добавочной стимуляции со стороны мужа, не испытывают оргазма при половом акте.

К нам обратилась больная Н., 34 лет. В юности занималась мастурбацией, испытывала иногда при этом оргазм. Замужем 10 лет. Имеет двоих детей. У мужа крупный половой орган. Полового удовлетворения при близости с мужем никогда не испытывала, хотя он пробовал весьма длительно (до 40 минут) совершать половой акт. Были еще две внебрачные связи, также не вызвавшие полового удовлетворения. Оказалось, что область влагалища малочувствительна в эротическом плане. Клитор же весьма чувствителен. Данные мужу рекомендации оказывать во время полового акта дополнительную стимуляцию области клитора рукой позволили женщине испытывать оргазм после 2-3 минут полового акта. Мастурбация же, по существу, никакого отношения к отсутствию полового удовлетворения при половом акте не имела.

Частота половой жизни женщины зависит от многих факторов, в том числе от активности партнера, его темперамента, наличия обстановки, обеспечивающей интимную близость, и т.п. В отличие от этого мастурбация более доступна, так как не требует участия партнера или особой обстановки. Отсюда более легкая возможность злоупотребления ею по сравнению с половой жизнью. У мужчины она возможна и при слабой или отсутствующей эрекции, хотя половая жизнь в этих случаях невозможна.

Длительная мастурбация, практикуемая по нескольку раз в день, может привести к ослаблению половой функции как у мужчины, так и у женщины. В большинстве случаев при злоупотреблении мастурбацией наступает временное падение половой возбудимости и ослабление полового влечения, в связи с чем исчезает и влечение к мастурбации. Умеренная мастурбация в юношеском возрасте обычно носит характер саморегуляции половой функции. Она способствует снижению повышенной половой возбудимости и является безвредной. Аналогичный характер она носит при вынужденном половом воздержании, которое у мужчины пожилого возраста может являться одной из причин возникновения половой слабости; некоторые сексологи даже считают, что умеренная мастурбация [8] этих случаях может оказать благотворное влияние в смысле предупреждения этой слабости.

У женщин с сильным половым влечением мастурбация в периоды вынужденного полового воздержания или при половой жизни, не обеспечивающей разрядки, ослабляет фрустрацию и тем самым может способствовать предотвращению неврозов. Однако она не устраняет чувства одиночества и не дает того удовлетворения, легкости, радости сопереживания которое дает полноценный половой акт.

Гомосексуализм и трансвестизм

Термин *гомосексуализм* (от греч. homoios - сходный, одинаковый и лат. sexus - пол) впервые предложен в 1869 г. венгерским врачом Бенкертом для обозначения направленности полового влечения на лиц одноименного пола. С этого же времени бисексуальными стали называть лиц, реагирующих на половые раздражения, исходящие как от одноименного, так и от разноименного пола, и гетеросексуальными - испытывающих половое влечение только к противоположному полу. В 1923 г. S. Freud предложил называть извращение направленности полового влечения на одноименный пол инверсией и различать лиц абсолютно инвертированных, для которых сексуальным объектом может быть только одноименный пол, и амфигенно-инвертированных, т.е. и гомо-, и гетеросексуальных.

Явления гомосексуализма известны давно. Первые упоминания о них находят в папирусах Древнего Египта (2,5 тыс. лет до н. э.), согласно которым боги Фет и Горус состояли в гомосексуальных отношениях. Гомосексуализм, как мужской, так и женский, встречался у первобытных народов Африки, Азии и Америки. Возможно, что он встречался и у неандертальцев. Гомосексуальные отношения были весьма распространены в древней Индии, Вавилоне, Египте, Греции и Риме и открыто поощрялись в так называемых высших классах общества. В Древней Греции мужской гомосексуализм получил название уранизма (по имени богини Урании, родившейся не от женщины, а от мужчины - бога Урана. От нее якобы и произошли урнинги). Женский гомосексуализм назывался лесбийской любовью (amor lesbicus) или сафизмом (sapphismus) по имени древнегреческой поэтессы Сафо, жившей на острове Лесбос и якобы одержимой этим влечением. Называли его также трибадиеи от греческого слова «трибеик», что означает тереть и указывает на применявшийся способ удовлетворения полового влечения.

Педерастией (от греч. paiderastia - любовь к мальчикам), или мужеложеством, называют форму мужского гомосексуализма, при которой половой акт совершается per anum.

В конце прошлого столетия мужской гомосексуализм был широко распространен на Востоке, где юноши - бачи открыто служили удовлетворе-

нию гомосексуального влечения. В наше время, по A. Kinsey (1953), в США исключительно гомосексуальными являются 4% мужчин и 3% женщин, причем к 45 годам 13% женщин когда-либо переживали оргазм, вызванный гомосексуальными отношениями. По M.Davis (1960), 27% женщин в Англии хоть раз в жизни совершали гомосексуальные акты и 6% стали настоящими гомосексуалистками. По нашим данным, гомосексуализм, как мужской, так и женский, встречается примерно в 1-2% случаев. Он является самой частой формой половой психопатологии.

Следует отличать гомосексуализм как патологическое влечение к лицам одноименного пола, т.е. как инверсию, от гомосексуального поведения, не связанного с патологией. Поскольку влечение у человека находится под контролем сознания, то иногда, даже при наличии инверсии, гомосексуальное поведение может и не развиться. Так, например, женщина с инверсией полового влечения может заставить себя выйти замуж, стать женой и матерью своих детей, т.е. всю жизнь вести гетеросексуальный образ жизни. С другой стороны, гомосексуальное поведение может проявиться у здорового гетеросексуального человека под влиянием принуждения, корысти, подражания, совращения. S. Freud предлагал называть таких лиц случайно инвертированными. Krafft-Ebing относил эти случаи к псевдогомосексуализму. В англо-американской литературе все чаще высказывается мнение о том, что - гомосексуализм является просто вариантом нормы и поэтому не следует заниматься поисками путей терапии. С такой точкой зрения мы не можем согласиться. Мы не можем признать естественным, когда человек испытывает половое влечение к лицам своего пола и отвращение к лицам противоположного пола. Если бы все люди стали гомосексуалистами, род человеческий прекратился бы.

Проблема гомосексуализма имеет не только биологические и медицинские, но также социальные и юридические аспекты. Ей посвящены лишь за последние 30 лет свыше 1200 публикаций в англо-американской и 500 -в немецкой литературе, и тем не менее многое остается еще не ясным. Мы остановимся лишь на ее медицинских аспектах.

Теории гомосексуализма

Определить принадлежность человека к мужскому или женскому полу, казалось бы, не представляет труда и доступно даже трехлетнему ребенку. Однако не всегда это легко в патологии.

Процесс формирования половой принадлежности проходит ряд этапов. Так, первоначально при соединении женской яйцеклетки со сперматозоидом формируется генетический пол. Если при этом яйцеклетку оплодотворит сперматозоид с набором хромосом XX, он будет женским,

XY - мужским. Генетический пол определяет гонадный пол (от греч. gone + aden - половая железа), или истинный пол, - формирование женских или мужских половых желез. В зависимости от того вырабатывают ли эти железы мужские или женские половые клетки (гаметы), т.е. сперматозоиды, или яйцеклетки, будет мужской или женский гаметный пол. Мужские (андрогены) или женские (эстрогены) половые гормоны, вырабатываемые половыми железами, определяют гормональный пол. Последний обычно определяет гражданский пол устанавливаемый при рождении, что в свою очередь влияет на пол воспитания (выбор одежды, нормы поведения), половую роль и формирование половой аутоидентификации, т.е. ощущения своей принадлежности к мужскому или женскому полу. Последнее мы предлагаем называть субъективным полом. Возможна диссоциация между полом биологическим, гражданским и субъективным. Например, пол биологический и гражданский могут быть женскими, а субъективный - мужским.

Особенно резко это выступает в случаях транссексуализма. Транссексуалистами H.Benjamin (1954) предложил называть лиц, которые не только ощущают свою принадлежность к противоположному полу, но и упорно стремятся изменить ее хирургическим путем. Половое влечение транссексуалистов направлено на лиц своего пола, однако явления транссексуализма могут быть выражены и в том случае, в котором сексуальное влечение отсутствует, например в дошкольном возрасте. Транссексуалисты составляют наиболее резко выраженную ядерную группу врожденной формы гомосексуализма.

Причины гомосексуализма до настоящего времени недостаточно выяснены. Различные точки зрения на прохождение этого явления можно свести к следующим теориям: генетической, неврогенной, эндокринной, нейроэндокринной, внутриутробной, психоаналитической, кондициональной.

Генетическая теория. По мнению сторонников этой теории, направленность полового влечения как у животных, так и у человека обусловлена генетически. В пользу роли наследственных факторов в генезе гомосексуализма свидетельствуют наблюдения над однояйцевыми близнецами, т.е. лицами, имеющими одинаковую генную структуру и внешне очень похожими друг на друга. Оказалось, что если гомосексуализм наблюдается у одного из однояйцевых близнецов, то он, как правило, наблюдается и у второго близнеца. Так, Siro отмечал гомосексуализм у обоих членов всех четырех пар обследованных им однояйцевых близнецов. M. Hirschfeld (1922) - у всех трех пар, D. Habel (1950) - у трех из пяти пар, J.Sanders (1934) - у шести из семи пар, причем гомосексуализм не проявился лишь у близнеца, обнаруживавшего явные признаки органического поражения мозга при рождении. F. J. Kallman (1952) исследовал 85 пар близнецов –

40 пар однояйцевых и 45 пар разнояйцевых, из которых хотя бы у одного близнеца обнаруживался гомосексуализм. У всех 40 пар однояйцевых близнецов гомосексуалистами оказались оба близнеца. В отличие от этого гомосексуализм у разнояйцевых близнецов, по данным указанного автора, встречался почти в 3 раза чаще, чем по A. Kinsey, среди мужского населения страны.

По W. Broutigam (1964), у однояйцевых близнецов наблюдается неполная конкордантность в отношении гомосексуализма, по Heston (1968), - хотя и не полная, но более высокая, чем у разнояйцевых близнецов.

По данным M. Hirschfeld (1922), гомосексуализм встречается у нескольких членов одной семьи в 23,2%, по Romer, - в 25% случаев, по данным А. М. Свядоща и Е. М. Деревинской, - в 14,6% случаев.

Неврогенная теория. Программы, определяющие направленность полового влечения, т.е. выбор полового объекта, а также церебральные механизмы, регулирующие функцию половых желез, во многом связаны с деятельностью лимбической системы, височной и гипоталамической областей. Естественно, что поражение этих областей, в частности, как указывалось выше, нарушение процесса дифференцировки женских и мужских центров полового поведения, может являться одной из причин, ведущих к инверсии полового влечения. Согласно неврогенной теории, церебральные поражения являются основными причинами гомосексуализма.

В пользу этой теории говорят случаи появления гомосексуализма у ранее гетеросексуальных лиц при заболевании энцефалитом и развитии паркинсонизма, а также после тяжелых травм черепа, сопровождающихся переломом основания черепа или двусторонним повреждением височной доли. J. Higgins, G. Mahl, J. Delgado, H. Hamilton (1956) имплантировали больному, страдавшему эпилепсией с психомоторными припадками, электроды в различные части лобно-височной области. При раздражении током некоторых участков мозга больному начинало казаться, что он женщина и у него появлялись женские эротические фантазии.

По данным А. М. Свядоща и Е. М. Деревинской, у активных гомосексуалисток в анамнезе нередко встречаются перенесенные травмы мозга и инфекционные заболевания с общемозговыми симптомами. Так, на электроэнцефалограммах у 58% обследованных гомосексуалисток обнаруживалась патологическая активность мозга - медленные ритмы, причем чаще тета-ритм, преимущественно в передне-центральных отделах мозга, что говорит, по мнению некоторых физиологов, в пользу дисфункции (недостаточной зрелости) кортико-таламо-гипоталамических путей и глубоких структур в области третьего желудочка. D. Silverman и W. R. Rosanoff (1945) наблюдали на энцефалограмме у половины из 56 мужчин - пассивных гомосексуалистов патологические изменения - синхронный дельта-ритм в лобных отведениях.

К возникновению гомосексуализма могут привести также токсические поражения нервной системы. Так, при хронической интоксикации кокаином у ранее гетеросексуальных лиц нередко возникают явления гомосексуализма, которые обычно исчезают с прекращением приема кокаина.

Все эти данные свидетельствуют о том, что нарушения некоторых церебральных механизмов могут провоцировать возникновение гомосексуализма.

Эндокринная теория предполагает, что в основе гомосексуализма лежат эндокринные нарушения. Имеются отдельные наблюдения, свидетельствующие о том, что и в зрелом возрасте резкая гиперфункция коры надпочечников, вырабатывающей у женщин мужские половые гормоны, может иногда привести к развитию гомосексуализма. Так, L R. Brostez (1953) из 26 женщин, ставших мужеподобными вследствие опухоли коры надпочечников, у 8 отметил Явления гомосексуализма. Они исчезли после оперативного лечения опухоли. Аналогичные явления описал и К. Freund (1963) у женщин, лечившихся большими дозами, мужских половых гормонов по поводу рака грудной железы; у них наблюдалось значительное увеличение клитора и иногда начинали обнаруживаться гомосексуальные тенденции. Однако при адреногенитальном синдроме у девочек, хотя и возникают мужские тенденции и ощущение своей принадлежности к мужскому полу, в качестве сексуального объекта все же обычно выбираются мужчины. Возможно, что при этом большую роль играют установки, возникшие в процессе воспитания.

По Doerr P. и др. (1973), содержание тестостерона в семенной жидкости 32 гомосексуалистов и 46 здоровых мужчин того же возраста одинаково. Однако содержание эстрадиола у гомосексуалистов достоверно превышало таковое у здоровых мужчин. Авторы полагают, что превышение содержания эстрадиола может быть одной из биологических основ гомосексуального поведения у мужчин.

Автором и его сотрудниками Е. М. Деревинской и А. С. Гриншпуном были эндокринологически обследованы 22 гомосексуалистки (13 активных и 9 пассивных). В качестве контрольной группы были взяты 16 здоровых гетеросексуальных женщин того же возраста, находившихся в аналогичных условиях. Каких-либо выраженных эндокринных синдромов у обследованных обнаружено не было. У всех было исследовано суточное выделение с мочой 17-кетостероидов. Учитывая, что при гиперфункции надпочечников резко увеличивается содержание в моче 17-кетостероидов, предполагалось обнаружить у гомосексуалисток увеличение их содержания. Это говорило бы о наличии у них избытка мужских половых гормонов. Однако это предположение не подтвердилось. Количество 17-кетостероидов в моче у активных гомосексуалисток составляло от 1,5 до *7,7* мг, в среднем 4,5 мг в сутки, у пассивных - 2,1-7,7 мг, в среднем 4 мг в сутки, в контрольной

группе - 5,2-14,1 мг, в среднем 9,5 мг в сутки. Таким образом, содержание 17-кетостероидов как у пассивных, так и активных гомосексуалисток оказалось, вопреки ожиданиям, ниже, чем в контрольной группе. Различие между средними величинами выделения 17-кетостероидов у активных и пассивных гомосексуалисток оказалось статистически недостоверным. В конечном счете у обследованных гомосексуалисток количество продуктов мужских половых гормонов в моче оказалось не выше, а несколько ниже, чем у гетеросексуальных женщин.

В подавляющем большинстве случаев у гомосексуалисток каких-либо эндокринных нарушений не обнаруживается. В моче мужчин гомосексуалистов не находят увеличения содержания женских половых гормонов. Введение больших доз фолликулина мужчинам не вызывает у них явлений гомосексуализма. Введение мужчинам-гомосексуалистам больших доз мужских половых гормонов обычно лишь усиливает у них половое влечение, не оказывая влияния на его гомосексуальную направленность. Таким образом, хотя эндокринные факторы в критическом периоде оказывают влияние на дифференцировку мужских и женских диэнцефальных центров и тем самым - на направленность полового влечения, они же в зрелом возрасте в большинстве случаев не играют сколько-нибудь существенной роли в генезе гомосексуализма.

Высказываются предположения о том, что антигенный комплекс (Goodman R., 1983), а также нарушения в системе энзимов и нейротрансмиттеров (T, Y, DHT) могут способствовать возникновению гомосексуализма (MacLusky N., Naftolin F., 1981).

Нейроэндокринная теория внутриутробного генеза гомосексуализма. Согласно этой теории, гомосексуализм является следствием внутриутробного нейроэндокринного заболевания (Dorner G., 1972). Он возникает в результате нарушения дифференцировки центров полового поведения в гипоталамической области плода, осуществляющейся под влиянием эндокринных воздействий в критическом периоде (вероятнее всего на IV—VI месяцах внутриутробной жизни). При этом гомосексуализм развивается у генетически мужского плода, имеющего мужские половые железы, если в это время у плода окажется недостаточное количество андрогенов, и у генетически женского плода - если окажется избыток андрогенов или эстрогенов.

Таким образом, в основе мужского гомосексуализма лежит недостаток мужских половых гормонов у плода, в основе женского - избыток либо мужских, либо женских половых гормонов во время критического периода дифференцировки центров полового поведения. Однако, как увидим, не все случаи гомосексуализма подчиняются этой теории.

Психоаналитическая теория. По S. Freud, в раннем детском, возрасте ребенок, так же как это было у первобытных людей, свободен в выборе

полового объекта. Последний может принадлежать как к одноименному так и разноименному полу. Решающий момент в отношении окончательного полового выбора объекта возникает только после наступления половой зрелости и зависит от многих, не поддающихся учету факторов.

В возникновении гомосексуализма у мужчины, по мнению некоторых психоаналитиков, играет роль то, что гомосексуалист в детстве был якобы кратковременно резко фиксирован на своей матери. По преодолении этой фиксации он отождествляет себя с матерью и избирает себя самого в качестве сексуального объекта. Таким образом, исходя из нарциссизма, он ищет мужчин юношеского возраста, похожих на него самого, которых хочет любить, как их любила мать. По S. Freud, чувство отвращения, которое гетеросексуальные люди испытывают к гомосексуализму, объясняется не его противоестественностью, а тем, что они подавляют у себя скрытые гомосексуальные тенденции. Ряд психоаналитиков рассматривают гомосексуализм как результат задержки сексуального развития на ранней детской ступени, вследствие чего не возникает гетеросексуального выбора объекта. По Schultz, к развитию гомосексуализма мужчины ведет «злая холодная мать> при наличии мягкого отца.

Генезом женского гомосексуализма S. Freud и его школа занимались мало. S.Freud (1913) описал один случай женского гомосексуализма и в конце концов пришел к выводу, что в основе его лежат врожденные причины. По O. Fenichel (1954), у женщин-гомосексуалисток либо резко выражена идентификация с отцом (желание penis), либо имеются нарциссические тенденции. Роль идентификации и тому подобных переживаний раннего детского возраста в генезе гомосексуализма нам представляется неубедительной.

Кондиционная (условно-рефлекторная) теория. Сторонники этой теории рассматривают все формы гомосексуализма как приобретенные, возникшие под влиянием неблагоприятных внешних воздействий. «Совершенно несомненно, - писал П. Б. Ганнушкин (1933), - что, как правило, у большинства людей до наступления половой зрелости половое влечение отличается большой неустойчивостью, особенно в отношении цели и объекта влечения. Случайные впечатления, соблазны со стороны товарищей, наконец, прямое совращение со стороны пожилых гомосексуалов фиксируют у еще не нашедшего себя в половом отношении неустойчивого, психопатичного юноши ту форму удовлетворения полового влечения, в которой он испытывал свои первые, наиболее яркие половые переживания. Повторение создает привычку, а общение с другими гомосексуалами и сознание осуждения, с которым общество относится к гомосексуалу, приводит к односторонней сектантской установке к лицам другого пола; параллельно с этим элементы нормального полового чувства постепенно атрофируются и замирают … » Патологической фиксации полового вле-

чения на лицах одноименного пола может способствовать ранняя половая возбудимость и наклонность к образованию очень прочных условно-рефлекторных связей, даже при однократном сочетании. Таким образом, впервые в жизни вызванное лицом одноименного пола переживание оргазма может привести к инверсии полового влечения.

Чем раньше формируется извращение, тем более стойкую патологию влечения оно обусловливает (Смулевич А. Б., 1983). Так, если совращение происходит до 9-летнего возраста (т.е. еще до образования правильной гетеросексуальной ориентации), молодые люди приобретают исключительно гомосексуальные тенденции. При совращении в период с 9 до 14 лет возможно формирование как "чистых" гомосексуалистов, так и бисексуалистов. Лица, совращенные в возрасте старше 14 лет, т.е. после формирования гетеросексуальной ориентации, как правило, становятся бисексуалистами.

Отсутствие доступа к лицам противоположного пола у людей с определившейся гетеросексуальной направленностью полового влечения само по себе не ведет к его инверсии, а скорее ведет к мастурбации. Однако при неустойчивости, недостаточной дифференцированное™ половой направленности в детском или юношеском возрасте формирование влечения может пойти иначе. Лишение доступа к лицам противоположного пола, затруднение контакта с ними вследствие, например, чрезмерной строгости воспитания или неуверенности в своих сексуальных силах может способствовать инверсии полового влечения.

Большое влияние на формирование направленности полового влечения могут оказывать взгляды и установки, возникшие в процессе формирования личности. Так, в случаях гермафродитизма и интерсексуальности половое влечение обычно оказывается направленным на лиц того или иного противоположного пола в зависимости от того, воспитывался ли человек как мальчик или как девочка.

Врожденные или приобретенные характерологические особенности сами по себе не имеют решающего значения в выборе полового объекта. Перверсия, в том числе и гомосексуализм, могут возникать как у психопатических, так и у непсихопатических личностей и не связаны с какой-либо определенной формой психопатии (так называемой половой психопатии - psychopatia sexualis).

Как показали кросс-культуральные исследования (Carrier J., 1980), Кон И. С, 1988), частота и появление гомосексуализма в большей степени зависят от культуральных влияний.

Приведенные выше теории освещают ряд факторов, оказывающих влияние на формирование гомосексуальной направленности, однако при этом не учитываются клинические формы гомосексуализма, имеющие различный генез. Нашу точку зрения на генез гомосексуализма мы выскажем после рассмотрения его клиники.

Клинические формы гомосексуализма

С конца XIX века было принято разграничивать активную и пассивную формы мужского гомосексуализма на основании того, что один из гомосексуалистов во время половых отношений играет мужскую (активную) второй - женскую (пассивную) роль. Это разделение ролей отчетливо выступает в случаях педерастии.

При взаимной мастурбации, орально-генитальных контактах и коитусе между бедер оказалось трудным установить, играет данный гомосексуалист мужскую или женскую роль. Кроме того, желая доставить друг другу удовольствие, партнеры иногда могли меняться ролями.

Разграничения форм женского гомосексуализма вообще не проводилось, так как, видимо, предполагалось, что, в отличие от мужчин, обе женщины играют одинаковую роль в гомосексуальном акте.

Автором совместно с его сотрудницей Е. М. Деревинской было обследовано 96 женщин гомосексуалисток. Большинство из них отбывали наказание за уголовное преступление. Из числа обследованных 9 были моложе 30 лет, 70 - от 30 до 40 лет и 17 - старше 40 лет. Проведенные наблюдения показали, что по аналогии с мужским могут быть выделены две формы женского гомосексуализма - активная и пассивная. В качестве критерия для разграничения следует принять сексуальную аутоидентификацию гомосексуалиста - наличие или отсутствие половых нарушений, ощущение принадлежности к тому или иному полу - субъективный пол. При этом к активной форме следует относить гомосексуалистов, чувствующих себя мужчиной, к пассивной - ощущающих свою принадлежность к женскому полу. Активная форма гомосексуализма отмечена у 57, пассивная - у 39 обследованных.

Активная форма женского гомосексуализма. Для активных гомосексуалисток характерно то, что они как в сексуальных, так и во внесек-суальных отношениях склонны имитировать поведение мужчины, порой в утрированном виде. Они отмечают, что чувствуют себя мужчинами, что они как бы родились мужчинами и испытывают половое влечение только к женщинам. Мужчины не вызывают у них полового возбуждения и воспринимаются лишь как товарищи. Даже сама мысль о ласках мужчины, не говоря о половой близости, им неприятна.

Во внешнем облике 60% активных гомосексуалисток выступали те или иные мужеподобные черты - сильно развитая мускулатура, узкий таз, грубые черты лица, широкие плечи, мужская походка, угловатые движения, низкий грубый голос, растительность на лобке по мужскому типу. В то же время у них были нормально развиты молочные железы. Большинство активных гомосексуалисток с юношеского возраста носили мужскую прическу - коротко стриженные волосы. Почти половина были транс-

Рис. 2. Активная гомосексуалистка с мужеподобными чертами. На руках вытатуированы имена партнерш.

вестистками, т.е. носили мужскую одежду. Многие активные гомосексуалистки отрицательно относились к женским украшениям - кольцам, серьгам, браслетам, брошкам. Лишь одна носила на груди медальон с портретом своей партнерши. Около 40% активных гомосексуалисток по своему телосложению и внешнему облику ничем не отличались от гетеросексуальных женщин.

Мужеподобные черты отчетливо выступают на сделанной автором фотографии активной гомосексуалистки (рис. 2). Надо сказать, что мужеподобные соматические и психические черты наблюдаются иногда и у здоровых гетеросексуальных женщин, так что сами по себе они не могут служить основанием для диагностики гомосексуализма, хотя у активных

гомосексуалисток они встречаются чаще, чем у гетеросексуальных женщин. Большинство активных гомосексуалисток (35 из 57) отмечали, что уже с детского возраста обнаруживали интересы, свойственные мальчикам, -лазали на деревья, стреляли из рогатки, бросали камни, играли в футбол, хоккей, казаки-разбойники, войну, умели драться, в то же время они никогда не любили играть в куклы, носить косички, бантики. Проявляли интерес к мужской одежде. У 2/3 активных гомосексуалисток половое чувство проявлялось рано - до начала половой зрелости. Оно обнаруживалось в виде влюбленности в девушку или женщину. Появлялось смутное влечение к близости с ней, желание обнимать и целовать ее. Они объяснялись в любви, писали письма. Детская или юношеская влюбленность в мальчиков отмечалась крайне редко. Менструации начались в 12-15 лет у 41%, в 16 лет - у 12%, в 17 лет и позже - у 47% обследованных нами активных гомосексуалисток. Таким образом, более чем у половины из них время появления менструаций было нормальным. У значительной части они пришли с запозданием. Почти у половины обследованных они были сравнительно скудными. Многие из активных гомосексуалисток отмечали, что менструация воспринималась ими как нечто чуждое, отмечали, что они стеснялись развития у себя грудных желез.

Более половины активных гомосексуалисток занимались мастурбацией в пубертатном возрасте или в период половой зрелости. Некоторые из них спали в постели со старшими девочками, и те научили их взаимной мастурбации. Гомосексуальная активность начиналась в большинстве случаев после длительной мастурбации или после того, как девушки узнавали об интимной стороне половой жизни. Свою сексуальную активность они направляли чаще на девушек или женщин более молодого, реже - своего возраста. При этом половую заинтересованность первоначально скрывали. Вели себя как преданные, внимательные подруги: старались во всем помочь, часто делали подарки. Постепенно, завоевав доверие и симпатию, начинали проявлять все большую и большую нежность. Добивались разрешения ласкать, целовать, после чего переходили к сексуальным действиям. Лишь немногие из них начинали проявлять гомосексуальную активность без особой подготовки. Они стремились любой ценой вызвать переживание оргазма у своей партнерши, при этом обнаруживали порой значительное искусство. Многие из них предварительно стремились вызвать у партнерши психоэротическую настроенность, затем переходили к общим ласкам тела, старались выявить эрогенные зоны. В дальнейшем в зависимости от особенности расположения этих зон по отношению к одним женщинам применяли стимуляцию клитора рукой или ртом, по отношению к другим - мануальную стимуляцию влагалища. Последняя

в общем применялась сравнительно редко. Половой акт с партнершей нередко затягивался до 20-30 минут и дольше и в зависимости от ее темперамента повторялся многократно, до тех пор, пока у партнерши не возникало состояние прострации. Одновременно с раздражением половых органов партнерши совершали фрикции своих гениталий о ее бедра и таким образом одновременно с ней достигали оргазма. Реже разрешали партнерше вызывать у себя оргазм путем манипуляции на половых органах. У большинства активных гомосексуалисток отмечался единичный пикообразный оргазм 1-3 раза в течение ночи.

Активные гомосексуалистки нередко обнаруживали в той или иной степени садистские наклонности. Вообще сексуальные отношения с партнершей характеризовались своей неровностью. Во внесексуальных отношениях с партнершами при формировании гомосексуальной «семьи» большинство активных гомосексуалисток также стремились имитировать поведение мужчины - главы семейства. Они требовали подчинения своей воле, распоряжались деньгами. Работу, считающуюся традиционно женской (приготовление пищи, стирка, шитье), не выполняли, возлагая ее всецело на своих «жен». Традиционно мужскую работу выполняли с удовольствием, порой обнаруживали в ней высокое мастерство. Почти всем активным гомосексуалисткам нравилось, когда их партнерши носили украшения, надевали декольтированные платья, выглядели женственными. Многие из них были очень ревнивы, причем ревновали партнершу как к женщинам, так и к мужчинам.

Помимо влияния воспитания, для полового поведения имеют значение врожденные коды и программы. Одна из них - это стремление к сближению, к овладению противоположным полом, инстинкт половой агрессии. Инстинкт этот является ведущим в формировании полового поведения у животных, однако может играть роль и в возникновении влечений у человека. В отличие от гетеросексуальных женщин активным гомосексуалисткам как раз свойственна высокая половая агрессивность. Они с большой настойчивостью и упорством преследуют понравившуюся женщину, иногда не останавливаясь даже перед угрозами и прямой агрессией.

Так, Г., 34 лет, в прошлом лейтенант милиции, влюбилась в терапевтической больнице в своего лечащего врача С. - женщину 26 лет, имевшую мужа и двоих детей. После выписки из больницы стала преследовать ее, ежедневно поджидала у дома, несмотря на ее протесты, провожала на работу, посылала ей цветы и духи, угрожала покончить жизнь самоубийством или зарезать ее мужа, если она не согласится с ней «встретиться». Получив категорический отказ, пришла к ней домой. Муж (здоровый мужчина ростом 1 м 85 см) отказался вызвать жену, Г., оттолкнув его, ворвалась в комнату и стала настаивать на «беседе», умоляла С. быть с ней, угрожала ей и ее мужу. Потребовалось вмешательство органов власти для ограждения семьи от преследований.

Другая гомосексуалистка, войдя в доверие к нравившейся ей девушке и оставшись с ней ночевать, преодолела ее сопротивление и мануально лишила ее девственности; третья добилась полового сближения под угрозой ножа.

Однако в большинстве случаев активные гомосексуалистки находили партнерш, не прибегая к насилию.

По характеру 60% обследованных нами гомосексуалисток были стеничными, решительными, настойчивыми, инициативными, 40% были вто же время бесстрашными, 14% отличались лживостью, эгоистичностью, 20% были добрыми, общительными.

Хотя все активные гомосексуалистки отмечали, что полового влечения к мужчинам у них никогда не было, большинство из них когда-либо имели половую связь с мужчиной. При этом 3/4 опрошенных отмечали, что в гетеросексуальной жизни они не испытывали полового удовлетворения и половой акт был неприятен. Ни одна из них не начала половую жизнь в результате изнасилования. Приведем характерное наблюдение.

Больная В., 47 лет. Отец страдал хроническим алкоголизмом, мать - тихая, скромная женщина. Тетка по отцу мужеподобная, часто ходила в мужской одежде, не была замужем.

Росла здоровой девочкой. Окончила 4 класса, далее учиться не захотела. Работала сапожником. Отбывала наказание за кражу. В детстве любила играть только с мальчиками в их игры, умела хорошо драться, бросать камни; лазить по деревьям. В 13 лет достала себе мужскую одежду и с этого времени перестала носить женские платья, чувствовала себя мужчиной. Менструации с 14 лет, умеренные, безболезненные, по 3-4 дня. О половой жизни узнала от подруг рано. Отмечает, что никогда не испытывала ни малейшего влечения к мужскому полу, а влекло ее только к женщинам. В 14-15 лет влюблялась в подруг, с одной из них допускались взаимные мануальные стимуляции. В 19 лет была случайная половая связь с мужчиной, однако кроме неприятных ощущений ничего не испытывала.

С 20-летнего возраста гомосексуальные связи с женщинами. Длительность связи с одной партнершей до 4 лет. Одной девушке рукой нарушила девственность. Утверждает, что мысль о половой близости с мужчиной вызывает отвращение. Со своими партнершами груба, требовательна. Домашней работы не выполняет, возлагая ее всецело на «жену». Однажды за непослушание избила партнершу. По характеру смелая, вспыльчивая, взрывчатая, мстительная, решительная. Работоспособность высокая.

Телосложение мужеподобное. Осанка и походка мужские, движения угловатые. Грудные железы, наружные и внутренние половые органы развиты нормально, со стороны неврологии - без особенностей. Лечиться по поводу гомосексуализма отказывается, так как считает свое состояние естественным.

В приведенном случае проявления гомосексуализма развились у психопатической личности из группы возбудимых. В семье, видимо, имелась наследственная отягощенность гомосексуализмом по линии отца. Обращает на себя внимание наличие с детского возраста некоторых

Рис 3. Активная гомосексуалистка-трансвеститска. В паспорте значится мужчиной. Имеется отметка о зарегистрированном браке с женщиной. Характерологических особенностей, свойственных мальчикам, а также мужеподобные телосложение и моторика. Направленность полового влечения на лиц одноименного пола стала проявляться в раннем юношеском возрасте. Случайная половая связь с мужчиной не сопровождалась половым удовлетворением и не привела к ослаблению гомосексуальной направленности полового влечения, а скорее способствовала ее закреплению. Постепенно развилась сектантская установка к обществу и его нравственным требованиям. В генезе возникновения активной формы женского гомосексуализма и трансвестизма в данном случае основную роль, видимо, играла врожденная аномалия направленности полового влечения, ситуационные же факторы имели лишь второстепенное значение, хотя и способствовали фиксации инверсии.

Явления гомосексуализма могут встречаться и у женщин, не обнаруживающих психопатических черт характера. Так, женщина-врач, по характеру активная, энергичная, добрая, уравновешенная, на протяжении двух десятилетий поддерживала гомосексуальные отношения со своей партнершей. Она не любила употреблять косметику, не носила женских украшений, однако мужеподобных черт во внешности и манерах не обнаруживала.
Иногда активные гомосексуалистки-трансвеститски стараются скрыть свою принадлежность к женскому полу и выдают себя за мужчину.

Больная А., 35 лет, направлена в психиатрическую клинику медицинского института на консультацию по поводу легкой раздражительности, возбудимости, утомляемости и бессонницы. При поступлении выдавала себя за мужчину, требовала поместить ее в мужское отделение. Одета в мужской костюм (рис. 3).

Рано лишилась отца. Отмечает, что он был злым, грубым, страдал хроническим алкоголизмом. Мать добрая, общительная женщина. Больная росла и развивалась нормально. В школу пошла 8 лет, окончила 4 класса. В школьные годы любила

играть только с мальчишками, дралась, девочек всегда защищала. Работу любила только мужскую, была грузчиком, последнее время работает охранником.

Курит с 17 лет, последние 5 лет злоупотребляет алкоголем. По характеру бесстрашная, инициативная, решительная.

Утверждает, что никогда не носила женских платьев, «в детстве ходила только в трусиках, штанишках, затем стала ходить в брюках». Менструации с 16 лет, умеренные, безболезненные, по 3-4 дня, во время менструации настроение пониженное («себя презирала»).

Была случайная половая связь с мужчиной, об этом говорит неохотно. Никогда не чувствовала влечения к лицам другого пола, не испытывала удовольствия от близости с мужчиной. По отношению к женщинам чувствовала себя мужчиной, выдавала себя за мужчину и незаконно получила паспорт на мужское имя. Зарегистрировала брак с женщиной. В сексуальных отношениях играет мужскую роль.

Во внесексуальной жизни не выполняет женской работы, занимается только мужским трудом (рубит дрова, ремонтирует обувь, выполняет столярные и плотницкие работы). Требует к себе внимания, однако с «женой» ласкова, нежна, жалеет ее. Часто преподносит ей подарки. К детям «жены» от первого брака относится тепло, снисходительно, они называют ее «папой», считают мужчиной.

Одно время была влюблена в другую женщину, стала за ней ухаживать, оставалась у нее ночевать. Первая «жена» ее ревновала. Обе «жены» из-за нее подрались. Со второй «женой» пробыла несколько месяцев, после чего вернулась к первой.

В отделении спокойна, общительна, стесняется раздеваться в присутствии других больных. Разглядывает молодых женщин, делает им комплименты. Утверждает, что теперь не способна влюбиться в других, так как безумно привязана к своей «жене». Держится непринужденно, в поведении много нарочитости, склонна к рисовке.

Больная среднего роста, атлетического телосложения. Жировая клетчатка и грудные железы развиты хорошо. Со стороны внутренних органов без особенностей. Со стороны неврологии симптомов очагового поражения мозга не обнаруживается. Интеллект соответствует полученному образованию.

Гинекологическое обследование ввиду сопротивления больной проводилось под амитал-натриевым наркозом. По заключению гинеколога, малые и большие половые губы недоразвиты. Вход во влагалище свободен, слизистая оболочка увлажнена белями в умеренном количестве. Шейка матки сформирована, цилиндрической формы, зев точечный, закрыт. Матка маленькая, подвижная, с гладкой поверхностью, придатки не определяются.

Вскоре в клинику к больной приехала ее «жена». От дачи каких-либо сведений она отказалась. Больная с «женой» была очень нежна, обнимала, целовала ее. Категорически отказалась от лечения по поводу гомосексуализма. Выписана домой.

В данном случае А., будучи женщиной, всегда ощущала себя мужчиной, в течение многих лет состояла в зарегистрированном браке с женщиной, т.е. была образована гомосексуальная семья. Как в сексуальном поведении, так и в семейной жизни А. играла роль мужа. Мужчины считали ее (как сослуживцы, так и окружающие) мужчиной. Сама она по своему внеш-

нему облику, одежде, ряду характерологических особенностей, профессиональной деятельности (грузчик, охранник) была похожа на мужчину. В отличие от этого партнерша ее («жена») по своему внешнему облику, манере одеваться, поведению ничем не отличалась от обычных женщин, у активных гомосексуалисток нередко наблюдаются отдельные черты характера, более свойственные пассивным.

"Я прочла Вашу книгу "Женская сексопатология" (1 изд. - А.С.), пишет М., 26 лет, и отнесла себя к активной форме, хотя не все так прямолинейно. В детстве я любила мальчишеские игры: хоккей, футбол, войну, но в первом классе стала почему-то играть в куклы. Считаю, что понятие мужские и женские занятия в наше время весьма условно. Если бы у меня была однополая "семья", мне было бы все равно: мыть посуду или стучать молотком, лишь бы это ей нравилось. Моя профессия в основном женская, хотя я ее не люблю. Я почти всегда пользуюсь косметикой, ношу удлиненные прически, чаще ношу женские наряды, особенной любви к брюкам не испытываю. Очень люблю женскую бижутерию (особенно чешскую). В детстве видела сны явно эротического содержания, где выступала в роли мужчины.

Менструации с 10 лет, протекают нормально. С 13 лет мастурбация. Особых угрызений по этому поводу не было. Где-то в 15 лет я стала встречаться с интересным юношей 18-ти лет. Прогулки, кино, кафе. Он мне страстно говорил о любви, но встречалась с ним только потому, что большинство моих сверстников тоже с кем-то дружили. Мне было где-то даже жалко его и поэтому я позволила ему петтинг. Я испытала оргазм, но о восторге, слиянии душ не могло быть и речи. Я как будто отбывала повинность. Мы расстались.

Сколько себя помню, всегда влюблялась в женщин, девушек. Влюблялась страстно, мучалась, страдала. В школе всегда была лидером, а свою гомосексуальную направленность всячески скрывала. Однажды влюбилась в новую учительницу, но, узнав, что она любит своего мужа и он ее любит, свои чувства скрыла.

При гомосексуальных контактах я чаще выступала в роли мужа. Сейчас где-то раз в год я встречаюсь с одной женщиной. Она бисексуальная, замужем. Она мне очень нравится и я могу проговорить с ней всю ночь, не замечая как бежит время. Я даже не знаю Как она ко мне относится. Ее устраивает, что есть муж и я. Она уезжает и опять тоска и одиночество. А мне нужно знать, что после работы тебя ждут дома, что ты можешь проявлять ежедневную заботу о любимом человеке. Я люблю делать женщинам комплименты, подарки, ценю женственность, беззащитность, тонкость души. И если бы моя подруга играла бы активную роль, пусть в ней было бы нечто мужское, но под всем этим теплилась чувствительная женская душа и было стремление создать однополую "семью", я бы вполне могла при этом выступить в пассивной роли. Так где же ее найти? Ведь нет у нас таких клубов, как в Швеции и Дании, где люди находят родственную душу, а потом уже сексуального партнера. Может быть гомосексуализм и не естествен, но раз природа сыграла такую злую шутку - значит так тому и быть! Я менять свой пол или лечиться не хочу и не буду".

Инверсия полового влечения не исключает высокого развития интеллекта, богатой эмоциональности. Среди гомосексуалистов встречались гениальные художники, музыканты, выдающиеся писатели и ученые.

Пассивная форма женского гомосексуализма характеризуется тем что при ней гомосексуалистки не только в сексуальных, но и во внесексуальных отношениях играют женскую роль. Себя идентифицируют с женщиной. По внешнему облику ничем не отличаются от женщин своего круга. Черты лица мягкие, женственные. Вторичные половые признаки хорошо развиты. У многих - длинные волосы, заплетенные в косы, модная прическа Все 39 пассивных гомосексуалисток, обследованных нами, одевались только в женское платье (случаев трансвестизма не наблюдалось) и в отличие от активных любили носить кольца, серьги, браслеты, брошки, красили губы, подводили брови и т.п. Более половины по характеру были общительными, мягкими, спокойными, легко подчиняющимися чужому влиянию, легко внушаемыми. У 8 из 39 резко выступали такие черты, как театральность, демонстративность. Почти все пассивные гомосексуалистки имели женские профессии (швея, секретарь-машинистка, медицинская сестра) или нейтральные.

Пассивные гомосексуалистки развивались как девочки. Любили куклы, рукоделие, мерили платья и наряды, играли с девочками, нередко испытывали детскую или юношескую влюбленность в мальчиков. Менструации у них наступали вовремя (у 24 из 39 - в возрасте 12-15 лет и лишь у 5 -в 17 лет и позже, т.е. с запозданием). Из 39 гомосексуалисток 36 когда-либо в прошлом жили гетеросексуальной половой жизнью, причем половина из них были замужем, некоторые имели детей, но ни у одной брак не был счастливым. Большинство из них во время гетеросексуальной жизни не получали полового удовлетворения. Немногие иногда испытывали приятные половые ощущения. Когда-либо мастурбировали (в отличие от активных гомосексуалисток) лишь немногие.

Гомосексуальные отношения все они начали в то время, когда не жили гетеросексуальной половой жизнью, или когда не были удовлетворены сложившимися семейными отношениями. Многие из них испытывали чувство одиночества, потребность в нежности, ласке и близком друге. Почти все они первоначально видели в своем будущем гомосексуальном партнере внимательную, ласковую, преданную и любящую подругу, иногда сильного человека, на которого можно опереться. Вскоре, однако, в отношениях все больше выступала эротическая влюбленность и первоначальные проявления нежности и ласки перерастали в гомосексуальные акты. Большинство пассивных гомосексуалисток впервые в жизни испытали сильный оргазм под влиянием гомосексуального воздействия, многие - оргазм, намного сильнее, чем до этого при половой связи с мужчинами. У них возникало чувство влюбленности в свою партнершу, перераставшее в половую привязанность. Формировалась гомосексуальная пара, в которой один из партнеров играл роль мужа (лидера), второй - роль жены. Очень редко встречались случаи, когда во время половой близости периодически пас-

сивная гомосексуалистка на некоторое время брала на себя активную («мужскую») роль, однако «лидерство» в семье оставалось все же за активной гомосексуалисткой. Гомосексуальные пары сохраняли порой свои отношения на протяжении многих лет, маскируя их дружбой. Разрыв с партнершей переживался иногда чрезвычайно болезненно.

Больная Н., 28 лет, обратилась с жалобами неврастенического характера, «роме того, отмечала чувство тоски и одиночества. Явления эти наступили, как выяснилось, вскоре после разрыва с близкой подругой, с которой прожили вместе 3 года. Нервно-психическими заболеваниями в семье никто не страдал. Мать властная, эгоистичная. Отец общительный, добрый. Росла и развивалась нормально. В детстве любила играть в куклы и другие игры девочек. Интересовалась женскими туалетами, украшениями, была кокетлива. Влюблялась в мальчиков, ходила на свидания. По характеру мягкая, общительная, легко внушаемая.

Менструации с 12 лет, по 3-4 дня, цикл 28 дней. Половая жизнь с 18 лет. До замужества - три кратковременные половые связи с молодыми людьми. Замужем с 22 лет, по любви. Во время половой жизни с мужчинами оргазма никогда не испытывала, хотя половой акт совершался довольно длительно. Возникало лишь тягостное половое возбуждение, постепенно половая близость стала противна, старалась ее всячески избегать. Муж оказался грубым, невнимательным человеком, часто выпивал. Отношения ухудшились. Через 4 года разошлись.

Больная перешла на новую работу, чувствовала себя одинокой. В это время познакомилась с Г. - ведущим инженером, на 10 лет старше, умной, энергичной женщиной, которая стала уделять ей много внимания, приглашала в кино, театр. Г. жила одна в квартире, была незамужем. Н. стала подолгу просиживать у нее по вечерам, вскоре осталась ночевать. Под давлением Г. вступила с ней е половую близость. Впервые в жизни испытала сильный оргазм. Фактически переехала к Г. и стала жить с ней вместе. Г. ежедневно совершала с ней половые акты, вызывала повторные, многократные оргазмы, главным образом мануальным раздражением клитора (внутривагинальная стимуляция не вызывала эротического возбуждения и была отвергнута). Постепенно развилась сексуальная привязанность к Г. Интерес к мужчинам угас. Дома Г. держала себя как мужчина, «женской» работы не выполняла, она была возложена на Н. Г. выглядела несколько мужеподобной, не любила женских туалетов, украшений. Последнее время стала груба, невнимательна, придирчива. Возникали частые ссоры. Выяснилось, что у Г. появилась другая партнерша. Это и послужило причиной их разрыва.

Н. правильного телосложения, женственна. Длинные волосы собраны узлом. Губы и брови подкрашены. Носит женские наряды, украшения. Во время психотерапии больной было указано на особенности ее сексуальной конституции (клиторический тип возбудимости) и объяснено, почему она до сих пор не испытывала полового удовлетворения с мужчинами. Внушена установка на гетеросексуальную жизнь. Через полгода вступила в близкие отношения с мужчиной, который путем дополнительной стимуляции клитора во время полового акта вызвал у нее оргазм. К нему возникло чувство привязанности, интерес к Г. исчез.

На протяжении всей жизни Н. всегда чувствовала себя женщиной.

В приведенном случае молодая женщина в детстве и юности развивалась в половом отношении нормально, обнаруживала гетеросексуальную

направленность довольно сильного полового влечения. Себя всегда ощущала женщиной. Однако во время половой жизни с мужчинами до брака и с мужем во время брака не получала адекватной сексуальной стимуляции (имелся клиторический тип половой возбудимости), оставалась в состоянии фрустрации, половой неудовлетворенности. В связи с этим возникло отрицательное отношение к половой жизни. Не было привязанности к мужу и как к другу в силу его грубости и пьянства. Брак закончился разводом. Испытывала чувство одиночества. В это время стала объектом притязаний со стороны активной гомосексуалистки, проявившей к ней теплоту и внимание. Во время половой близости с ней впервые стала испытывать сильнейший оргазм. Постепенно возникла половая привязанность. Сформировалась гомосексуальная пара, в которой Н. играла роль жены, т.е. обнаруживала явления пассивной формы гомосексуализма. Гетеросексуальная направленность полового влечения сменилась гомосексуальной установкой. Разрыв с партнершей вызвал тяжелые переживания, невротическую депрессию. Под влиянием психотерапии и разъяснения причин неудач ее половой жизни с мужчинами удалось вновь направить половое влечение в гетеросексуальное русло. Половая жизнь с мужчиной, который сумел удовлетворить ее в половом отношении, привела к закреплению этой направленности. Таким образом, пассивная форма гомосексуализма была в данном случае всецело ситуационно обусловлена и оказалась обратимой.

Иногда под влиянием активного стремления личности к преодолению гомосексуализма возможен переход к нормальной гетеросексуальной жизни.

Больная В., 38 лет, с мужеподобными соматическими и психическими особенностями, обнаруживавшимися с детства, в возрасте 18-23 лет поддерживала активные гомосексуальные отношения поочередно с тремя партнершами. Затем под влиянием убеждения близких и психотерапевтического воздействия начала гетеросексуальную половую жизнь, вышла замуж. Половая близость с мужем первоначально не вызывала полового удовлетворения, несмотря на его хорошие половые способности. В семье стала лидером. В половых отношениях захватила инициативу, представляла себе, что муж - это ее партнерша, стала испытывать оргазм. Имеет сына 6 лет. Отношения в семье хорошие. В течение трех недель был рецидив гомосексуальной связи во время отъезда мужа, после чего нормальная половая жизнь возобновилась.

Явления активной (врожденной) формы женского гомосексуализма, обнаруживавшиеся даже в юношеском возрасте, могут исчезнуть под влиянием благотворного воздействия внешней среды и активной направленности личности на их преодоление. Характерно следующее наблюдение.

Больная Р., 16 лет, ученица 9-го класса школы-интерната, поступила в психиатрическую клинику после суицидной попытки. Два месяца назад влюбилась в мо-

лодую учительницу, стала писать ей любовные письма, дарить цветы, провожать домой, часами простаивать у ее окна. Ревновала к ней других учениц. Вскоре учительница стала ее избегать, в последнее время стала к ней якобы плохо относиться, запретила оказывать какие-либо знаки внимания. В состоянии отчаянья Р. пыталась отравиться серой от спичечных головок.

Р. рано лишилась отца, воспитывалась у матери и отчима. Последний к ней относился хорошо и между ними сложились добрые, дружеские отношения. Мать по характеру спокойная, общительная женщина. Больная росла и развивалась нормально. В школу пошла 8 лет, училась хорошо. Жила в отдаленном от школы поселке, поэтому с 8-летнего возраста стала учиться в школе-интернате. Обучение совместное с мальчиками. В классе являлась лидером, отношения с учениками хорошие.

Р. красивая голубоглазая шатенка, среднего роста, хорошо сложена, фигура спортивная. Вторичные половые признаки выражены нормально. Менструации с 15 лет, регулярные, обильные, безболезненные. Половой жизнью не жила. У мальчиков пользовалась успехом. Они неоднократно предлагали ей дружбу, однако относилась к их предложениям отрицательно. Мальчики интереса никогда не вызывали. В 15 лет влюбилась в подругу. Обнимала и страстно целовала ее, часто видела во сне. Снилось, что они целуются, ласкают друг друга, при этом иногда возникал оргазм. В учительницу влюбилась вскоре после отъезда подруги.

В психиатрической клинике первое время очень скучала по учительнице, часто видела ее во сне, ждала ее прихода. Затем успокоилась, стала проявлять все больший интерес к лечащему врачу М. (молодой девушке), стала обнаруживать к ней эротическую привязанность. Вскоре после выписки начала посылать М. письма с признанием в любви, волновалась, когда не получала ответа.

Через 2 месяца после выписки вновь доставлена в психиатрическую клинику в связи с суицидной попыткой (на школьном вечере «расстроилась и выпила ртуть из двух термометров»). В приемном покое клиники интересовалась врачом М., которая ее раньше лечила.

Дежурный врач, знавшая о ее особом отношении к М., посоветовалась со старшими товарищами и поместила ее в областную психиатрическую больницу, в которой М. не работает. Больная просила оставить ее в клинике или вызвать к ней М. Во время беседы рассказала, что любит М. и скучает по ней, что от М. в течение 2 месяцев не получала писем и тогда решила во что бы то ни стало снова попасть в клинику, чтобы увидеть ее. С этой целью инсценировала суицидную попытку.

В больнице ее передали молодому врачу-мужчине. Она не обращала на него внимания, все свои чувства переключила на другого врача - молодую женщину.

С больной были проведены психотерапевтические беседы, во время которых ей разъяснялось, что влюбленность в подругу, учительницу, врача - это естественная реакция в юношеском возрасте. Однако истинного счастья можно достигнуть только в настоящей семье. Внушалось, что когда она станет старше, то сможет выбрать себе достойного спутника жизни, выйдет за него замуж, будет испытывать радости любви и материнства.

Катамнез через 6 лет показал, что удачное замужество привело к нормализации направленности полового влечения.

В данном случае у девушки в период полового созревания обнаружилась выраженная направленность полового влечения на лиц одноименного

пола. Возникла она без какого-либо внешнего повода или неблагоприятных воздействий внешней среды. Привитие больной идеалов семейного счастья, основанного на гетеросексуальной любви, и установка на нормалью половую жизнь привели к подавлению гомосексуальных тенденций и вступлению в брак.

Таким образом, можно сделать вывод, что гомосексуальная установка у пассивных гомосексуалисток менее стойка, чем у активных. При попадании в благоприятную ситуацию у них часто наблюдается переход к гетеросексуальной жизни, особенно при наличии сохранного чувства материнства. Если муж оказывается при этом способным доставлять ей половое удовлетворение (стимуляцией соответствующих эрогенных зон, то переход к нормальной половой жизни может оказаться стойким. Надо сказать, что фригидные женщины среди гомосексуалисток нам ни разу не встречались, да их, видимо, и нет, так как фригидные натуры не проявляют гомосексуальной активности. Попытки гомосексуального совращения обычно безуспешны, если с детства или с юности у личности сформировалась установка на гетеросексуальную жизнь и имеются этические и нравственные представления о недопустимости половых отношений между лицами одного пола, а также выражено чувство материнства. Характерно следующее наблюдение.

Р., 28 лет, в 18-летнем возрасте в состоянии алкогольного опьянения была грубо дефлорирована провожавшим ее с вечеринки молодым человеком. Тяжело переживала это. В дальнейшем были еще две кратковременные связи с молодыми людьми, при которых полового удовлетворения не испытывала, оставалась в состоянии фрустрации. Вскоре половой акт стал вообще неприятен. Однажды спала в постели с молодой женщиной, которой симпатизировала. Эта женщина ночью путем ласк области гениталий вызвала у нее впервые в жизни сильный оргазм. Далее стала преследовать, добиваясь с ней интимной близости. Р. категорически отвергала сближение по моральным соображениям, однако с этого времени начала иногда мастурбировать. Через 2 года встретила мужчину, которого полюбила. Вышла за него замуж. Имеет двоих детей. Очень привязана к мужу и считает свой брак счастливым.

Р. женственна, по характеру мягкая, общительная, эмоционально лабильная.

В приведенном случае гомосексуального влечения (пассивной формы) не возникло, несмотря на то, что половая жизнь с мужчиной началась с психической травмы и не сопровождалась половым удовлетворением. Оргазм впервые был вызван женщиной, однако имевшиеся высокие этические и нравственные представления воспрепятствовали установлению гомосексуальных отношений и все развитие пошло по пути нормальной половой жизни.

В заключение следует особо подчеркнуть, что изучение этиологии, патогенеза, клиники и терапии гомосексуализма как у женщин, так и у мужчин ранее проводилось обычно без учета клинических форм. Например,

указывалось, что у мужчин-гомосексуалистов отмечается импотенция, но не указывалось, характерна ли она для активных или пассивных, хотя очевидно, что активные гомосексуалисты-педерасты не могли бы совершать свои акты, обладая слабой потенцией. При описании наследственности, телосложения, развития вторичных половых признаков не учитывались формы мужского гомосексуализма.

Нами при обследовании мужчин-гомосексуалистов в качестве критерия отнесения их к активной или пассивной форме была принята сексуальная аутоидентификация. Оказалось, что активные гомосексуалисты по своему телосложению, характерологическим особенностям, интересам и общей манере поведения не отличаются от здоровых гетеросексуальных мужчин. Женоподобные черты в строении тела и манере поведения, а также стремление носить одежду противоположного пола характерны лишь для пассивных гомосексуалистов (Свядощ А. М., Антонов В. В., 1972).

Все сказанное выше свидетельствует о том, что генез активной и пассивной форм как женского, так и мужского гомосексуализма различен. В основе активной формы женского и пассивной формы мужского гомосексуализма в большинстве случаев лежит врожденная инверсия направленности полового влечения. В пользу этого говорит частота соматических и психических черт противоположного пола, обнаруживающихся у этих групп больных уже с детского возраста. Такие формы инверсии, по всей вероятности, могут быть вызваны как генетически, так и экзогенно обусловленными нарушениями дифференцировки половых центров плода в критическом периоде и продуцирования половых гормонов у матери или плода, введением матери половых гормонов во время беременности, а также быть результатом патологической секреции гонадотропинов или половых гормонов плацентой, при наследственно обусловленной или приобретенной пониженной чувствительности гипоталамуса плода к гормональным воздействиям (Dorner G., 1972). Интересно отметить, что, по данным A. A. Ehrhardt и J. Money (1968), у девочек, матери которых во время беременности получали для ее сохранения мужские половые гормоны, поразительно часто наблюдалось «мальчишеское» пове- дение, т.е. вышеприведенные характерологические особенности, которые мы видели у многих активных гомосексуалисток. Весьма редко встречается инверсия, приобретенная в результате органических повреждений головного мозга, эндокринных и других нарушений, перенесенных в зрелом возрасте. Ситуационные факторы не играют решающей роли в возникновении активной формы женского и пассивной формы мужского гомосексуализма.

В генезе пассивной формы женского гомосексуализма, наоборот, не играют роли врожденные особенности полового влечения, а также церебральные или эндокринные расстройства. В основе ее лежит форми-

рование прочной условно-рефлекторной связи между переживанием оргазма и вызвавшей это переживание женщиной. При этом установлению регулярных гомосексуальных отношений способствует стремление к преодолению одиночества, к приобретению друга и т.п. Как указывалось, у многих здоровых женщин влечение к половому акту с мужчиной возникает лишь после того, как они начинают испытывать оргазм. В связи с этим у женщины половая жизнь с мужчиной, не сопровождающаяся половым удовлетворением, может благоприятствовать фиксации полового влечения на женщине, сумевшей вызвать у нее удовлетворение. Этому может способствовать также повышенная склонность к образованию очень прочных условно-рефлекторных связей.

Таким образом, можно сказать, что активными гомосексуалистками обычно рождаются (точнее, рождаются только со склонностью к активной форме гомосексуализма), а пассивными - становятся. Аналогом пассивной формы женского гомосексуализма является активная форма мужского. Однако генез этой формы более сложен. И в его основе, так же как в основе пассивной формы женского гомосексуализма, лежит фиксация первых сильных половых переживаний на вызвавшем эти переживания лице одноименного пола. Способствовать этому могут еще два фактора (Свядощ А. М., Антонов В. В., 1972).

1. Наличие у многих мальчиков или юношей от 7-8 до 15-16 лет периода недифференцированной направленности сексуального влечения (период юношеской гиперсексуальности, по A.Moll, 1908). В это время половое возбуждение нередко возникает под влиянием самых различных воздействий, например, при мышечном напряжении во время борьбы с товарищем, при езде в автомобиле, поезде, при испытании чувства боли, страха и т.п. В этом возрасте часто наблюдаются также половые игры как гетеросексуального, так и гомосексуального характера, заключающиеся в ощупывании чужих гениталий, взаимном их возбуждении и т.п. Поскольку в этом возрасте направленность полового влечения еще не носит строго выраженного гетеросексуального характера, может легко возникнуть и зафиксироваться его гомосексуальная направленность.

2. Отсутствие свойственной мужчинам врожденной реакции полового возбуждения при контакте с обнаженными женскими гениталиями. Явления эти часто наблюдались нами у мужчин-гомосексуалистов, как активных, так и пассивных.

Итак, для врожденной формы гомосексуализма (активной у женщин и пассивной у мужчин) характерна следующая триада симптомов:

1. Ощущение своей принадлежности к полу (нарушение сексуальной аутоидентификации половой роли) и в связи с этим стремление фигурировать в качестве лица противоположного пола и носить его одежду (трансвестизм).

2. Наличие с детского возраста тех или иных соматических и характерологических особенностей противоположного пола.

3. Направленность полового влечения на лиц одноименного пола (инверсия полового влечения).

Для реактивно (ситуационно) обусловленной формы гомосексуализма (активной у мужчин и пассивной у женщин) характерно наличие лишь третьего члена триады без первых двух.

Трансвестизм (от греч. vestis - одежда) - стремление носить одежду и фигурировать в роли лица противоположного пола. Трансвестизм давно вызывает осуждение общества. Так, в иудейской религии (5-я книга Моисея, 22,5) объявлялось грехом мужчине носить женское и женщине - мужское платье. Среди прочих обвинений Жанны д'Арк фигурировало обвинение в том, что она носила мужской костюм.

В основе трансвестизма лежит нарушение сексуальной аутоидентификации - ощущения своей принадлежности к противоположному полу. Отсюда - стремление носить одежду и фигурировать в роли лица противоположного пола. Оно чаще всего сочетается с инверсией направленности полового влечения и тогда рассматривается в рамках гомосексуализма. Наряду с этим трансвестизм может выступать и самостоятельно, наблюдаясь у лиц, не являющихся гомосексуалистами и живущих нормальной половой жизнью. Однако и в этих случаях обычно с детства отмечаются те или иные характерологические особенности противоположного пола, приведенные нами при описании врожденных форм гомосексуализма.

Под нашим наблюдением находился больной 46 лет. Он был женат 24 года. Жил нормальной половой жизнью, имел двух взрослых детей. В телосложении выступали женоподобные черты (широкие бедра), однако мужские половые органы были хорошо развиты, без каких-либо признаков гермафродитизма (рис. 4 а, б).

С детства любил женские занятия. Любил примерять женские платья, украшения. Себя ощущал принадлежащим к женскому полу. В юношеские годы это ощущение усилилось и вое чаще появлялось желание носить женскую одежду и выдавать себя за женщину. Полового влечения к мужчинам никогда не испытывал, девушки же вызывали половое влечение. Особенно возбуждал вид обнаженного женского тела и прикосновение к нему. Половую жизнь начал « 17 лет с девушкой на 3 года старше. После окончания института был призван в армию. Успешно продвигался по службе. При всяком удобном случае, скрывая это от окружающих, надевал женское платье. После демобилизации. Из армии носил его дома почти постоянно. Жена сына стала протестовать против того, что он ходит в женском платье, вышивает, подметает пол, готовит обед. Тогда он подал заявление в органы милиции с просьбой официально признать его женщиной, чтобы он мог свободно ходить в женской одежде. Признаков психического заболевания не обнаруживал.

Мы полагаем, что подобные случаи трансвестизма являются врожденным состоянием. В их основе, так же как и в основе врожденных форм

Рис. 4 а, б. Мужчина пассивный гомосексуалист-трансвестист. Работает уборщицей. Зовет себя Василисой Андреевной (по паспорту - Василий Андреевич)

гомосексуализма, лежат, по всей вероятности, нарушения дифференцировки половых центров в диэнцефальной области. Эти нарушения могут быть менее выражены, чем при врожденных формах гомосексуализма, в связи с чем направленность полового влечения на лиц противоположного пола сохраняется.

У женщин трансвестизм встречается реже, чем у мужчин, и обычно сочетается с гомосексуальной направленностью полового влечения.

Фетишизм

От трансвестизма следует отличать фетишизм одежды (белья) противоположного пола. При нем нет ощущения своей принадлежности

к противоположному полу. Белье первоначально используется только в качестве фетиша при половом акте или мастурбации и лишь в дальнейшем иногда может развиться желание носить его более длительно.

Фетишем (от франц. fetiche - объект поклонения) называют предмет, который в представлении суеверных людей наделен сверхъестественной, магической силой. В связи с этим фетишизмом обозначают форму половой психопатологии, при которой половое возбуждение возникает лишь при наличии неадекватного физического раздражителя - фетиша.

Фетишем чаще всего являются неодушевленные предметы, например, отрезанная коса, дамское белье (бюстгалтеры, чулки), туфли, носовые платки, прорезиненные плащи, однако обязательно бывшие в употреблении, либо примерявшиеся лицом противоположного пола. При этом такие предметы не должны принадлежать близким родственникам или лицу, с которым фетишист живет половой жизнью. Отсюда нередко стремление похитить эти предметы у незнакомых людей или украсть их из магазина сразу после того, как их примерили (например, туфли). Таким образом, фетиш является как бы символом лица, которому он принадлежал. Так как близкие родственники обычно не являются возбудителями полового влечения, то и вещи их не приобретают свойств фетиша. Фетишем также могут стать картина или статуя, определенный запах, например запах прорезиненного плаща (макинтоша), а также звуки (тембр голоса и т.п.).

Приобретенный фетиш обычно прикладывается к половым органам или созерцается. Он вызывает половое возбуждение, которое удовлетворяется чаще всего путем мастурбации, реже путем нормального полового сношения.

Человек встречает на улице сотни людей. Огромное большинство из них воспринимается им как сексуально безразличные объекты и лишь единицы обращают на себя внимание, вызывают сексуальную реакцию. Реакция[1] эта возникает не в результате однозначного и равномерного воздействия всех элементов, из которых складывается восприятие человека как целого, а в результате более подчеркнутого влияния каких-либо отдельных свойств объекта. Для одного это - стройность фигуры, для другого - определенные черты лица или форма ноги, для третьего - особенности туалета. Полнота женской фигуры или светлый цвет волос может обладать притягательной силой для одних и не оказывать влияния на других. Вкусы формируются в процессе индивидуального развития, при этом большое влияние на них оказывает общественное мнение. Так, в Древнем Китае притягательная сила женщины во многом зависела от величины ее ноги. Со времен императора Та-Ки (1100 г.) на ноги девочек надевали специальные колодки, препятствующие их росту. Идеалы женской красоты даже за последнее столетие в европейских странах значительно изменились.

Встречаются люди, для которых определенное качество человека или особенность какой-либо части его тела имеют огромное значение. При этом остальные качества могут не приниматься во внимание. Некоторые авторы относят подобные случаи к фетишизму (фетишисты руки, ноги и т.п.). Границы между нормой и патологией в этих случаях неотчетливы.

Фетишизм встречается почти исключительно у мужчин и крайне редко у женщин.

Под нашим наблюдением находилась девушка с навязчивым страхом покраснения. В 9-летнем возрасте она однажды испытала приятное сексуальное возбуждение, то напрягая, то расслабляя мышцы бедер, и она периодически повторяла эти действия. В 15 лет была сильно влюблена в юношу. Вместе с ним была В Эрмитаже. Они остановились у скульптурной группы Антонио Кановы «Поцелуй Амура». Юноша сильно сжал ей руки и прижался к ней. Они стояли молча. Она стала сжимать и расслаблять бедра и тут впервые у нее возник оргазм. Она почувствовала жар в лице, смутилась и подумала, что другие заметили, как она покраснела. Вскоре она вынуждена была с юношей расстаться. Однажды, когда она достала фотографию этой скульптуры и стала ее вечером рассматривать вновь появилось сильное половое возбуждение, которое она путем сжатия и расслабления мышц бедер довела до оргазма. С этого времени установилась навязчивая мастурбация, перед началом которой созерцает эту фотографию, ставшую для нее сексуальным фетишем. С этого же времени возникла боязнь покраснения.

По характеру тревожно-мнительная, легко смущающаяся, с высоко развитым чувством долга.

Очевидно, в данном случае в основе фетишизма лежит возникновение у девушки условно-рефлекторной связи между сильным половым возбуждением и созерцанием статуи «Поцелуй Амура». Боязнь покраснения символизировала боязнь, что окружающие узнают по ее лицу о ее половом влечении и о том, каким образом она его удовлетворяет. Связь фетишизма с неврозом навязчивых состояний выступает здесь отчетливо.

По мнению психоаналитиков, фетиш всегда отражает тот или иной неосознаваемый сексуальный объект. Чаще всего у мужчин им являются якобы части тела матери (мех как символ волос на лобке и т.п.), а у женщин - предметы, символизирующие мужские половые органы. S. Freud полагал, что в основе фетишизма ног и волос лежит подавленное влечение к объектам вытесненных копрофилических переживаний (ноги и волосы обычно обладают специфическим запахом). В отличие от этого мы полагаем, что в основе фетишизма, так же как и некоторых других аномалий полового влечения, лежит образование патологически прочных условных связей во время сексуальных переживаний в детском или юношеском возрасте.

Остается все же непонятным, почему фетишизм встречается чаще у мужчин. Может быть, это объясняется тем, что женщины, как указывалось, значительно реже реагируют в сексуальном плане на зрительные раздражения, чем мужчины.

Вуайеризм и эксгибиционизм

Вуайеризм (от франц. voyeur - зритель), визионизм (от лат. visionis - взгляд), или скоптофилия (от лат. scope - обозрение), - это влечение к созерцанию полового акта или обнаженных половых органов. Вид обнаженных женских половых органов является для мужчин «ключевым раздражителем», вызывающим половое возбуждение безусловно-рефлекторным путем, т.е. на основании генетически заложенной программы. Для возникновения его, однако, необходим достаточно высокий уровень половой возбудимости. Для женщин наличие аналогичной реакции на вид обнаженных половых органов не характерно и отмечается лишь у некоторых женщин, уже живших половой жизнью, доставлявшей им половое удовлетворение, т.е. является реакцией приобретенной. Многим девушкам и женщинам вид мужских половых органов неприятен и даже тормозит у них половое возбуждение.

С точки зрения естественного отбора мужчины, у которых половое возбуждение легко возникало при одном виде полового партнера, проявляли большую сексуальную активность и чаще давали потомство, чем те, у кого оно не возникало. Учитывая пассивную роль женщины в половых отношениях, для нее это качество с точки зрения продолжения рода не имеет большого значения. Видимо, поэтому у мужчин, как правило, имеется положительная сексуальная реакция на вид обнаженных половых женских органов, а у женщин аналогичная реакция часто отсутствует. Вероятно, поэтому же и вуайеризм у женщин встречается намного реже, чем у мужчин.

В детском возрасте стремление к разглядыванию половых органов и интимных отправлений лиц другого пола является проявлением половой любознательности - закономерным этапом психосексуального развития. Так, по данным Д. И. Исаева и В. Е. Когана (1979), подглядывание за интимными отправлениями отмечается у 25% детей дошкольного и 39% (33% мальчиков и 6% девочек) - раннего школьного возраста, попытки же обнажения лишь у 5% школьников. Игры со взаимным раздеванием отмечаются родителями у 50% школьников.

В основе вуайеризма лежит возникновение в детском или юношеском возрасте зафиксировавшейся условно-рефлекторной связи между половым возбуждением и видом обнаженных половых органов или полового акта. Условно-рефлекторные связи обладают двусторонней проводимостью (Свядощ А. М., 1965). В связи с этим при половом возбуждении безусловно-рефлекторным путем оживляются и представления, ассоциативно связанные с половым возбуждением, как при чувстве голода возникают зрительные образы пищи.

Студент V курса технического института - молодой человек, не живший половой жизнью, рассказал нам о том, что он временами испытывает сильное непреодолимое влечение видеть обнаженные женские половые органы. Влечение это возникло в 13-летнем возрасте, когда он наблюдал за женщиной через щель в женском туалете. Это вызвало у него сильное половое возбуждение, он совершил онанистический акт. С тех пор при половом возбуждении возникает представление о женских половых органах и он мастурбирует. В 18-19 лет усилилось влечение видеть женские половые органы, и он стал проделывать щели в общественных уборных, чтобы наблюдать за женщинами и при этом мастурбировать. Пытался бороться о этим влечением и иногда подавлял его, но чаще всего оно было столь сильным, что он ехал даже за город, чтобы найти там подходящий общественный туалет.

Гипнотерапия в сочетании с аутогенной тренировкой позволили ему ослабить это влечение и начать нормальную половую жизнь. Вид обнаженных половых органов женщины остался сильным стимулом, вызывающим половое возбуждение.

В приведенном случае явления вуайеризма возникли по механизму условно-рефлекторной связи. Фиксации этой связи способствовало наличие определенных черт характера - трудности переключения с одного вида деятельности на другой, тревожной мнительности, повышенной совестливости. Эту связь удалось затормозить, применив сочетание гипнотического внушения с аутогенной тренировкой.

По аналогичному условно-рефлекторному механизму могут возникать явления вуайеризма и у женщин.

Нами наблюдалась больная неврозом навязчивых состояний, страдавшая влечением к созерцанию полового акта. Она жила в южном курортном городке и по вечерам много времени проводила в глухих уголках парка или пляжа, чтобы увидеть обнявшуюся пару. Вид обнимающихся в сочетании с представлением об их близости вызывал у нее сильное половое возбуждение, ей достаточно было слегка согнувшись сжать бедра, чтобы возник оргазм.

В возрасте 10 лет, однажды проснувшись ночью, она стала свидетельницей полового акта родителей, спавших в той же комнате. С этого времени, притворяясь спящей, подстерегала момент, когда родители совершали половой акт. Вскоре стала мастурбировать при этом путем сжимания бедер. С 18 лет имела ряд случайных половых связей с мужчинами. Полового удовлетворения ни с одним из партнеров не испытывала, часто оставалась в состоянии фрустрации. В 19 лет вечером в парке в полумраке случайно наблюдала сцену половой близости. Это вызвало сильное половое возбуждение. Отойдя на несколько шагов, сжала бедра и испытала оргазм. С этого времени появилось влечение наблюдать половой акт. Последние 2 года живет нерегулярно половой жизнью с женатым мужчиной. Полового удовлетворения при этом не испытывает.

С психоаналитических позиций можно было бы высказать предположение о том, что у девочки имелось скрытое половое влечение к отцу (эдипов комплекс) с идентификацией себя с матерью и что это подавленное влечение явилось причиной аноргазмии и вуайеризма. Однако мы не видим

достаточных оснований для такой трактовки. Генез вуайеризма в данном случае вполне объясним возникновением условно-рефлекторной связи между половым возбуждением (оргазмом) и восприятием половой близости родителей. Эта связь оживилась и усилилась в 19-летнем возрасте, в период повышенной половой возбудимости.

Состоянием как бы противоположным вуайеризму является *эксгибиционизм* (от лат. exhibitum - выставлять, показывать) (Lasegue, 1877) -влечение к получению полового удовлетворения путем демонстрации своих обнаженных половых органов лицам противоположного пола.

Мы считаем целесообразным дифференцировать эксгибиционизм, как форму половой психопатологии, от обнажения, не связанного с патологией полового влечения. Например, поведение женщины, которая в состоянии алкогольного опьянения в ответ на запрет часового пройти через охраняемую им зону с ругательствами обнажилась и предложила ему стрелять в обнаженную часть тела, не отнесли к эксгибиционизму.

В «донейролептическую эру» в беспокойном женском отделении психиатрической больницы мы нередко наблюдали больных, которые в состоянии психомоторного возбуждения обнажались и демонстрировали свои половые органы, сопровождая это циничными фразами. Однако в таких случаях на передний план в поведении больного выступало стремление оскорбить собеседника, а не получить половое удовлетворение путем демонстрации обнаженных частей тела. Следовательно, эти случаи не могут быть отнесены к эксгибиционизму, как форме половой психопатологии. Не относятся к последней и насильственные действия у больных энцефалитом и другими органическими психозами, а также сумеречные и особые состояния у больных эпилепсией, сопровождающиеся обнажением.

В отличие от вуайеризма, случаи эксгибиционизма часто попадают в поле зрения психиатров, так как больные совершают правонарушения и направляются на судебно-психиатрическую экспертизу. По данным J. C. Archambau (1971), во французском департаменте Индр на Луаре за 5 лет на экспертизу по этому поводу были направлены 92 человека. Средний возраст - 34 года, женатых - 32, из них имевших детей - 26. Рецидив - 50%. В одной трети случаев (подсчет наш - А. С.) эксгибиционистические акты совершались перед детьми моложе 15 лет. По H. Rennet (1965), около трети женщин когда-либо становились свидетельницами таких актов.

Эксгибиционизм встречается в основном у мужчин и крайне редко у женщин. Эксгибиционисты неожиданно появляются в обнаженном виде и демонстрируют испуганной женщине свой эрегированный половой член. Это вызывает у них сильное половое возбуждение и ведет к наступлению эякуляции (иногда после нескольких мастурбаторных движений). Они чаще обнажаются перед девочками, чем перед взрослыми женщинами,

и стараются совершать свои действия так, чтобы остаться незадержанными. Так, один из направленных к нам на экспертизу эксгибиционистов неожиданно выскакивал в парке из-за кустов, когда шли 1-2 женщины или девочки, после чего тут же скрывался. Другой больной неожиданно появлялся в парадных домов, третий - в оконном проеме строящегося дома, расположенного напротив гинекологической больницы, он демонстрировал свои половые органы в то время, когда женщины стояли у открытых окон. Один из них был дебильным юношей, двое других - женатыми мужчинами, без признаков психоза, причем один с тревожно-мнительными чертами характера. Раньше он иногда совершал мастурбаторные акты, представляя себе девушку, потом стал совершать их в то время, когда видел девушку издали, и наконец появилось желание демонстрировать свои половые органы, после чего - мастурбировать.

К нам обратился научный сотрудник, 50 лет, автор более 20 изобретений. Просил применить лечение гипнозом, чтобы избавить его от эксгибиционизма. Рост 1 м 80 см, вес 85 кг, телосложение атлетическое, половые органы крупные, хорошо развиты. Вид и манеры мужественные.

Мастурбацию, начатую с 5-7 лет, продолжает от 2-3 до 5-6 раз в неделю. Иногда во время работы уходит в туалет, чтобы совершить мастурбаторный акт. Женат с 25 лет, имеет сына 24 лет. С женой живет половой жизнью 3-4 раза в неделю. Хотел бы жить чаще, но жена слишком устает и отказывается от более частой близости. Длительность полового акта до 10 минут, при мастурбации оргазм через 3-4 минуты. Жене никогда не изменял, опасаясь, что вдруг не наступит эрекции при сближении с другой женщиной. По характеру мнительный, вспыльчивый, резкий, легко переключающийся с одного вида деятельности на другой. Алкоголь почти не употребляет, т.к. он угнетает половую функцию.

В 24-летнем возрасте, возвращаясь с фронта в товарном поезде, вместе с другими пассажирами зашел в кусты для того, чтобы оправиться. Когда мочился, рядом случайно оказалась молодая женщина лет 30. Она увидела его половые органы, это вызвало у него половое возбуждение и он тут же совершил мастурбаторный акт. С этого времени вспыхнуло желание обнажаться перед женщинами примерно 30-летнего возраста. Влечение к эксгибиционизму усиливается, если видит в трамвае или на улице интересную молодую женщину, особенно в мини-юбке. На протяжении последних 2,0 лет по 3-4 раза в месяц эксгибиционирует в парках перед молодыми женщинами, внезапно появляясь из-за кустов, после чего совершает мастурбаторный акт. Тяготится этим влечением, просит помочь ему. Неоднократно задерживался милицией. Попытки лечения нейролептиками, в частности аминазином в дозах 100 мг и выше, не давали эффекта. Возникало чувство слабости, сонливости, вялости. По прекращении приема нейролептика влечение к эксгибиционизму возобновлялось.

Больному назначен тиоридазин (сонапакс) по 75 мг в сутки. Проведено 10 сеансов гипноза и условно-рефлекторной терапии апоморфином. Внушалось безразличие к женщинам 30-летнего возраста и отвращение к эксгибиционистским актам. После введения апоморфина предлагалось вызвать эксгибиционистские представления. Последние ассоциировались с тошнотой и рвотой, вызванной апоморфином. Таким образом, удалось ослабить влечение к эксгибиционизму.

Обучен аутогенной тренировке. В течение 6 месяцев 1-2 раза в месяц проводились сеансы поддерживающей терапии. Эксгибиционистские акты не совершались, хотя иногда влечение к ним появлялось.

В генезе заболевания у данного больного несомненно имел значение условно-рефлекторный механизм - возникновение связи между сильным половым возбуждением и демонстрацией своих гениталий молодой женщине. С этого времени зародилось влечение к эксгибиционизму не перед девочками, а перед молодыми женщинами. Обычно патологически прочные сексуальные связи зарождаются в детском или юношеском возрасте. Здесь же они возникли у молодого человека 24 лет, т.е. значительно позднее, чем обычно. По всей вероятности, это можно связать с его высокой половой возбудимостью. Терапевтического успеха удалось достигнуть сочетанием гипнотического внушения с условно-рефлекторной терапией апоморфином.

В животном мире, особенно у женских особей, имеется инстинкт демонстрации себя для привлечения особи мужского пола, а также инстинкт отдачи себя. Возможно, что наличие этих инстинктов и способствует возникновению эксгибиционизма. У женщин, в отличие от мужчин, по мнению K. Leonhard (1964), инстинкт отдачи себя реализуется в половой жизни и поэтому не ведет к эксгибиционизму.

По A. Kronfeld (1921) и Э. Кречмеру (1927), к возникновению эксгибиционизма, педофилии, фетишизма и других перверсий предрасполагает задержка полового развития на его детской ступени (психосексуальный инфантилизм). На этом фоне экзогенный фактор и определяет появление той или иной формы перверсии.

Нам представляется, что у детей взаимное обнажение и разглядывание являются проявлением не столько сексуальности, сколько любознательности. При эксгибиционизме же и вуайеризме такие действия направлены на получение полового удовлетворения, т.е. имеют другой характер. В связи с этим трудно объяснить указанные перверсии одной лишь задержкой развития.

Психоаналитики полагают, что в основе эксгибиционизма лежат переживания, относящиеся к «кастрационному комплексу» (боязнь быть кастрированным). Эксгибиционист как бы говорит женщине: «Подтверди, что у меня есть член или что ты испугалась при виде моего члена, следовательно, мне нечего бояться, что я его потеряю». Когда же опасаются, что их половой орган недостаточно велик, чтобы испугать женщину, то предпочитают показывать его девочкам.

Мы считаем, что в возникновении эксгибиционизма и в выборе объекта, которому эксгибиционист демонстрирует себя, ведущая роль принадлежит ситуационным факторам, как это видно из наблюдения.

Работник милиции, проходя по бульвару, сквозь кусты увидел, как хорошо одетый мужчина отодвинул портфель, лежавший у него на коленях, и показал свой возбужденный член двум девочкам 7-8-летнего возраста, сидевшим возле него на скамейке. Нарушитель был тут же задержан. Оказалось, что этот мужчина лишь 3 месяца тому назад отбыл 5-летнее тюремное заключение за аналогичные действия. Следственные органы направили его в психиатрическую клинику на стационарную экспертизу.

Выяснилось, что это учитель, 32 лет. Женат, имеет двух дочерей. Половые органы крупные, хорошо развитые. Обладает нормальной половой способностью и живет нормальной половой жизнью с женой. По характеру несколько тревожно-мнительный, добросовестный, педантичный.

Когда ему было 4-5 лет, жил в деревне и часто бегал без штанишек. Сестра и ее подружки 7-8 лет часто играли с его половыми органами, «завязывали бантики» на его члене. В 15 лет стал мастурбировать, представляя себе прикосновение к его половым органам девочек 7-8 лет, затем перешел к эксгибиционистским актам перед девочками этого возраста. Для наступления оргазма иногда достаточно было показать девочкам свой половой член, иногда же требовалась дополнительная мастурбация.

В данном случае возникновение в детском возрасте условно-рефлекторной связи между половыми ощущениями и восприятием девочек 7-8 лет выступает очень отчетливо. По-видимому, образовавшийся условно-рефлекторный комплекс и лег в основу эксгибиционизма Фиксации сексуальных переживаний мог способствовать определенный склад личности (наличие психоастенических черт характера), для которого характерно возникновение очень прочных условно-рефлекторных связей. По существу, заболевание можно расценивать как невроз навязчивых состояний с навязчивым влечением к эксгибиционированию.

Поскольку поведение больных обычно носит целенаправленный характер, то дает основание экспертам признавать эксгибиционистов способными отдавать отчет своим действиям и руководить ими, и поэтому - признавать их вменяемыми, а суду - квалифицировать их деятельность как «злостное хулиганства»; невменяемыми считают лишь больных психозом (шизофрения, маниакально-депрессивный психоз и др.) или с временным нарушением психической деятельности (энцефалит, эпилепсия).

Целенаправленный характер носят и действия наркоманов, похищающих наркотические вещества в состоянии абстиненции. Однако сам факт «целенаправленности» поведения еще не дает оснований однозначно признавать их во всех случаях «вменяемыми». Заключение дается с учетом тяжести абстиненции, особенностей личности и т.п., в связи с чем иногда их признают невменяемыми и назначают меры медицинского характера.

Обращает на себя внимание и то, что в случае эксгибиционизма хотя инкриминируется «злостное хулиганство», последнее у этих лиц ни в чем

не обнаруживается. Тюремное заключение в таких случаях часто мало эффективно (50% рецидивов).

Так, нам известен скромный механик 30 лет. Женат 8 лет. Имеет сына 7 лет. Живет с женой ежедневно нормальной половой жизнью. В 19 лет впервые осужден натри года за обнажение перед девушками («злостное хулиганство»). Через год после освобождения вновь осужден на 3 года за аналогичные действия. Еще через год после освобождения осужден в третий раз за то же самое. Во всех трех случаях признан вменяемым, экспертами поставлен диагноз «Психопатия с сексуальной перверсией в форме эксгибиционизма». Медицинская помощь ему ни разу не была оказана.

Я полагаю, что хотя в большинстве случаев эксгибиционистские акты носят характер навязчивого влечения, при котором сохраняется возможность отдавать отчет в своих действиях и руководить ими, иногда влечение бывает столь сильным, что способность эта утрачивается, несмотря на, казалось бы, целенаправленный характер поведения.

Педофилия, геронтофилия, инцестофилия, зоофилия

Под педофилией понимается направленность полового влечения на лиц детского возраста, геронтофилией - на лиц старческого (точнее - значительно старше себя) возраста и под инцестофилией - на кровных родственников.

Педофилия встречается у мужчин нередко. Большинство педофилов - это либо мужчины преклонного возраста, либо мужчины с низкой половой потенцией, боязливые, неуверенные в себе. Как у тех, так и у других направленность полового влечения на девочек связана с чувством неуверенности в себе, в своих половых способностях, опасением, что они не смогут удовлетворить половую потребность взрослой женщины. Возникновению этих явлений способствует сохранность либидо при снижении потенции. Чаще всего педофильные акты при этом выражаются в «половом просвещении» девочек, прикосновении к их половым органам или эксгибиционировании. Другую группу составляют педофилы, для которых в качестве фетиша выступает возрастная принадлежность. Эта группа педофилии родственна фетишизму. В таких случаях в основе педофилии лежат сексуальные переживания, связанные с девочками, возникшие обычно в детском или юношеском возрасте. Чаще всего - это сексуальные отношения с сестрой.

Случаи педофилии у женщин крайне редки. Видимо, ребенок мужского пола с его слабо развитыми половыми органами не служит объектом полового вожделения для женщины.

В литературе прошлого века (Krafft-Ebing R., 1887, и др.) упоминаются няни и служанки, совершавшие развратные действия с мальчиками. Приводятся отдельные описания, не вызывающие сомнения в том, что действия эти совершались психически больными женщинами. В 1974 г. Г. П. Рушковский сообщил мне об известном ему случае совращения пожилой женщиной 8-летнего мальчика Видимо, речь в подобных случаях идет не о влечении к мальчикам, а о попытках сексуальных действий с ними тогда, когда доступ к мужчине закрыт.

По Д. Н. Исаеву и В. Е. Когану (1979), чаще всего пристают к девочкам подростки, 30-летние и пожилые мужчины. Среди подростков это главным образом те, кто из-за отставания в сексуальном и эмоциональном развитии не сумели наладить контакт со сверстницами. Из 30-летних - женатые, но не сумевшие наладить сексуальные и социальные отношения с женой. Во многих случаях девочек совращают друзья или члены семьи.

В отличие от педофилии геронтофилия чаще встречается у девушек, чем у женщин. По мнению психоаналитиков, в основе геронтофилии у девушек лежит подавленное влечение к отцу, у мужчин - к матери. По нашим данным, геронтофилию вызывают зафиксировавшиеся сексуальные переживания детского или юношеского возраста.

Так, в одном известном нам случае геронтофилии в основе влечения к пожилым мужчинам лежали сексуальные переживания, имевшие место в детстве. В 6-7-летнем возрасте девочка нередко садилась на колени к своему дяде, которому было около 60 лет. Он раздражал рукой ее гениталии, что вызывало у нее сильные половые ощущения. С 11 лет - мастурбация с представлением раздражения гениталий рукой пожилого мужчины. С юношеского возраста - половое влечение к мужчинам преклонных лет.

В генезе геронтофилии у девушек также может играть роль влечение к поиску сильного друга-защитника, который мог бы взять на себя заботу о ней. Это иногда особенно четко проявляется у инфантильных девушек со слабым половым влечением, которые ищут в мужчине не столько любовника, сколько отца, способного окружить их заботой. Иногда половая привязанность к пожилым мужчинам возникает у молодых женщин на основе личного сексуального опыта.

Так, Г., 26 лет, в возрасте от 17 до 22 лет имела ряд связей с молодыми людьми своего возраста. Полового удовлетворения не получала, оставалась фригидной. В 23 года вступила в интимные отношения со своим начальником, 58 лет, хотя полового влечения к нему не испытывала и не была влюблена в него. С ним, неожиданно для себя, впервые испытала сильное половое удовлетворение. Постепенно развилась половая привязанность. Через 2 года он уехал. Очень по нему скучала. Вступила в близкие отношения с молодым человеком, однако он оставлял ее в состоянии фрустрации, неудовлетворенной. С этого времени испытывает половое влечение к мужчинам намного старше ее.

Влечение к лицам пожилого возраста в приведенном случае носило характер поиска адекватного партнера на основании имевшегося жизненного опыта.

Под *инцестом* (от лат. incestus - безнравственный) понимается половая жизнь с кровными родственниками. Согласно статье 16 «Кодекса о браке и семье РСФСР» (1969), «не допускается заключение брака между родственниками по прямой восходящей и нисходящей линии, между полнородными и неполнородными братьями и сестрами, а также между усыновителями и усыновленными». Запрет кровных браков встречается почти у всех народов и во всех культурах*. Такое отношение к кровным бракам продиктовано, по всей вероятности, тем, что допущение половой жизни между близкими родственниками, например отца с дочерью, привело бы к нарушению отношений между членами семьи и вызывало бы дезорганизацию семейной жизни. Надо сказать, что и с гигиенической точки зрения кровные браки нежелательны, так как увеличивают шансы проявления редких рецессивных аномалий у потомства.

Легкая эротическая окрашенность чувств между дочерью и отцом, матерью и сыном, братом и сестрой встречается нередко, однако она очень далека от полового контакта между ними. Инцест наблюдается крайне редко. Это объясняется не только моральным запретом, но и тем, что длительная совместная жизнь с раннего возраста и возникающая привычка к данному человеку препятствуют появлению к нему полового влечения, выбору его в качестве сексуального объекта. Это наглядно иллюстрируется, например, отношениями между детьми от разных браков, воспитывающимися в семье совместно. И наоборот, половое влечение может возникнуть даже к кровным родственникам, если они воспитывались врозь. Например, великий поэт Англии Байрон влюбился в свою сестру (единокровную) Августу Лей, которую видел, когда был мальчиком, и потом вновь увидел, будучи уже молодым человеком.

В литературе приводятся случаи инцеста с психически больными женщинами. Ни один достоверный случай половой жизни психически здоровых сына и матери нам не известен, хотя упоминания о них в литературе, посвященной инцесту, встречаются довольно часто. Трагичная судьба сына Ninon de L'Enclos. Он воспитывался у своего отца маркиза Де Жерси в Англии. В возрасте 22 лет во Франции впервые познакомился с женщиной и влюбился в нее, не зная, что это его мать. Во время страстного признания в любви и попытки овладеть ею он неожиданно узнал истину - она в ужасе оттолкнула его, воскликнув: «Я - Ваша мать».

* Исключение составляет лишь Древний Египет, где разрешались браки брата с сестрой и отца с дочерью.

Молодой человек выскочил во двор, бросился на шпагу и скончался на руках у матери. Настолько силен моральный запрет половых отношений между сыном и матерью!

Этот запрет нашел свое отражение в древнегреческой легенде о царе Эдипе, убившем своего отца и женившемся на матери, не зная о том, что они его родители. Когда он узнал правду, то в наказание ослепил себя.

По мнению S. Freud, у ребенка после 3-5 лет пробуждается половое влечение и первоначально объектом его становится родитель противоположного пола. В дальнейшем ребенок узнает о недопустимости, запретности этого влечения и оно подавляется, образуя эффективно заряженный комплекс (комплекс Эдипа). Нарушение процесса подавления или последующие переживания, усиливающие этот комплекс, могут, по мнению S. Freud, оказывать влияние на возникновение как неврозов, так и перверсий.

Половые отношения отца с дочерью встречаются значительно чаще, чем случаи инцеста между остальными членами семьи. Так, из числа лиц, осужденных в 1965 г. в США за половые преступления и обследованных P. H. Gebhard с соавт. (1965), около 1/3 составляли отцы, привлеченные к ответственности за инцест, часть из них вступили в сексуальные отношения с дочерьми моложе 12, чаще всего 9-10 лет. В половине случаев совершался половой акт, в остальных имели место орально-генитальные контакты. В 50% случаев инцест был совершен в состоянии алкогольного опьянения отца.

По нашим наблюдениям, сексуальную агрессию по отношению к дочери чаще всего проявляют деклассированные, психопатизированные субъекты, вернувшиеся в семью после многолетней разлуки. Они фактически не знали свою дочь, так как она воспитывалась в их отсутствие. В состоянии алкогольного опьянения они совершали насилие над ней и в дальнейшем понуждали ее жить с ними половой жизнью, скрывая это от матери.

К нам на судебно-психиатрическую экспертизу был направлен С., 38 лет, многократно судившийся за кражи. Он вернулся домой после 8-летнего тюремного заключения. Вскоре в состоянии алкогольного опьянения изнасиловал свою 10-летнюю дочь. В течение последующих 2 лет периодически принуждал ее к половым сношениям. Постепенно девочка стала относиться к этому индифферентно. Когда мать узнала о его поведении, она привлекла его к уголовной ответственности.

В другом случае сексуальные отношения возникли между несколько инфантильным 40-летним слесарем, мнительным, неуверенным в своих половых способностях, и его 11-летней дочерью, интеллектуально слабо развитой. Девочка пожаловалась отцу, что мальчики трогали ее половые органы. Этот рассказ пробудил у него половое влечение к дочери. Он сказал, что должен ей «все объяснить» и потребовал, чтобы она разделась и дала себя осмотреть. На протяжении последующих двух лет 1-2 раза в неделю совершал с ней развратные действия,

доставлявшие ей удовольствие, а когда ей исполнилось 13 лет, начал с ней половую жизнь. Жена, узнавшая об этом, привлекла его к уголовной ответственности.

Многим детям и подросткам понятие инцеста недоступно и они реагируют лишь на сам факт сексуальных отношений (боль и т.п.) и на то, что оскорбление нанесено им близким человеком. У высокодифференцированных натур инцестуозные отношения могут являться источником тяжелой психической травматизации.

Так, больная В., историк, 34 лет, обратилась по поводу навязчивого «страха загрязнения». Во время беседы выяснилось, что она обладает высокой половой возбудимостью. Когда ей было 8-9 лет отец как-то ласкал ее и целовал в область гениталий. Это вызвало у нее сексуальное возбуждение. Она стала просить его еще погладить и поцеловать. Он сказал, что этого нельзя делать, мама узнает и будет ругать, но повторил свои действия. Далее эти отношения периодически повторялись. С 13 лет стала тайно жить с отцом половой жизнью, испытывая половое удовлетворение. Возникла сильная половая привязанность. Развилось чувство вины перед матерью и раскаяние. Несколько раз пыталась прервать отношения с отцом, но вновь их возобновляла. Когда больной было 18 лет, неожиданно скончалась мать. Переживала чувство раскаяния, появился навязчивый «страх загрязнения:». Отношения с отцом прервались в связи с его смертью, когда ей было 24 года. Через 2 года после этого неудачно вышла замуж, родила ребенка. Навязчивые явления и чувство вины сохранились.

В данном случае психотравмирующие переживания, связанные с инцестом и возникшим конфликтом между чувством долга, этическими и нравственными представлениями, с одной стороны, и половым влечением - с другой, привели к возникновению невроза навязчивых состояний. Страх загрязнения символизировал «грязное», аморальное сексуальное поведение больной.

*Зоофилией, или содомией** (по названию библейского города Содома) называют направленность полового влечения на животных. Половые контакты человека с животными нашли широкое отражение в мифологии и искусстве. В античном мире отношение к ним было терпимым. За римскими легионами даже гнали стада коз и овец «для половых нужд армии». Согласно же древним иудейским законам, половые контакты человека с животными карались смертной казнью. В эпоху средневековья уличенный в скотоложестве подлежал сожжению на костре вместе с животным, с которым был совершен акт. В современном обществе зоофилия уголовно не наказуема, но осуждается по моральным соображениям.

Зоофилия встречается главным образом у дебильных или интеллектуально ограниченных подростков в сельской местности (чаще у пастухов).

---

* Некоторые авторы термином "содомия" обозначают не только скотоложество, но и гомосексуализм.

По A. Kinsey (1853), половые контакты с животными когда-либо имели 17% деревенских подростков и лишь 26 из почти 6000 опрошенных женщин При этом чаще всего животными совершался cunnilingus (лат. cunnus-) наружные женские половые органы + lingo - лизать).

Обычно у человека не возникает стойкого полового влечения к животному, и контакт прекращается при возможности получения нормального полового удовлетворения.

Садизм и мазохизм

Под садизмом понимается получение полового удовольствия от жестокого обращения с партнером, под мазохизмом, наоборот - от страданий, которые причиняет партнер. Садист получает удовольствие, нанося болевые раздражения или подвергая мучениям, мазохист - получая их.

Надо сказать, что причинение легкой боли на высоте полового возбуждения (например, укусы) нередко встречается у здоровых людей, однако при этом получение полового удовлетворения не связано с причинением страданий партнеру.

Термины садизм и мазохизм были предложены Krafft-Ebing и связаны с именами писателей - маркиза де Сад и Захер-Мазоха. Первый из них отбывал тюремное заключение в течение 27 лет за половые преступления, связанные с актами жестокости и насилия. Эти акты он описал в своих романах*. Второй - известный австрийский писатель - страдал мазохизмом и описал это состояние в романах. A. Eulenburg (1902) предложил называть садизм активной, а мазохизм - пассивной *альголагнией* (от греч. algos - боль, и lagneia - похоть, сладострастие). Разновидность альголагнии, при которой болевые раздражения наносятся ударами плети, получили название флагеллантства (от лат. flagellans - бичующийся).

Мучения, которые садист причиняет своей жертве, могут вызываться как психическим воздействием (третирование, издевательства), так и физическим. В последнем случае обычно причиняются болевые раздражения, от легких до тяжелых, связанные с нанесением тяжких телесных повреждений. Причиняются они либо до, либо во время полового акта. Оргазм у садиста может наступать даже при одном виде мучений, испытываемых жертвой, чаще же возникает во время полового акта или вызывается путем мастурбации. В литературе описаны садисты, испытывающие половое удовольствие от нанесения женщинам уколов (подкалыватели); нанимавшие проституток,

---

* В последние годы жизни маркиз де Сад был переведен из тюрьмы в психиатрическую больницу, хотя признаков психоза у него не было обнаружено. Скончался в больнице в возрасте 74 лет.

связывавшие их и стегавшие плетьми; учителя и воспитатели, жестоко обращавшиеся с детьми (поровшие их) с целью получения полового удовлетворения.

Садистские наклонности могут находить свое отражение не только в действиях, но и в фантазиях.

Так, нами наблюдался инженер, который в возрасте 12 лет случайно увидел, как соседка спустила штанишки со своей 6-летней дочери и отшлепала ее по обнаженным ягодицам. Эта сцена вызвала у мальчика сильное половое возбуждение. С этого времени он стал заниматься мастурбацией, представляя себе, что кладет к себе на колени раздетую девочку, зажимает ее ноги между своими ногами, одной рукой держит ее голову (т.е. приводит ее в состояние полной беспомощности) и второй рукой бьет по ягодицам. Сам он по характеру робкий, застенчивый, неуверенный в своих силах. Женился в возрасте 24 лет. С женой жил нормальной половой жизнью и никаких садистских действий не совершал. Находясь вдали от жены в месячной командировке, несколько раз мастурбировал, представляя себе порку девочки.

Садистская фантазия в данном случае возникла по механизму условно-рефлекторной связи (см. фетишизм). Закреплению ее могло содействовать изживание чувства собственной неполноценности - робости, застенчивости. Нужно отметить при этом одну особенность, характерную для садистов, - удовольствие от мучения жертвы, находящейся в беспомощном состоянии.

Некоторые авторы относят к проявлениям садизма и сладострастные убийства (Lustmord - по терминологии немецких авторов). Как крайнюю степень садизма рассматривают некрофилию - половое влечение к трупам, при котором половой акт (или акт мастурбации) совершается с убитой для этой цели жертвой. Однако некрофилия не всегда связана со сладострастным убийством. Она может быть и проявлением, родственным фетишизму. В этом' случае она обнаруживается в виде влечения к сексуальным действиям с лицами, умершими естественной смертью. Некрофилия чаще всего встречается у психически больных.

У гетеросексуальных женщин явления садизма встречаются крайне редко, а сладострастные убийства и некрофилия не встречаются вовсе. Однако у активных гомосексуалисток, по наблюдениям А. М. Свядоща и Е. М. Деревинской, садистские тенденции выступают нередко.

Так, наблюдавшаяся нами гомосексуалистка-трансвестистка в течение 3 лет поддерживала гомосексуальные отношения с женщиной. В половой жизни играла активную «мужскую» роль. Партнершу часто избивала, издевалась над ней, выгоняла раздетую на мороз. Видя ее страдания, впадала в состояние сильного полового возбуждения и тогда совершала с ней сексуальные действия.

В данном случае явления садизма наблюдались у гомосексуалистки у которой имелся ряд черт характера, обычно свойственных мужчине. Помимо этого, в ее внешнем облике обнаруживались признаки маскулинизма. Таким образом, это наблюдение не противоречит тому, что женственным натурам явления садизма не свойственны.

Генез садизма может быть различен. В одних случаях в основе его лежит возникновение условно-рефлекторных связей (фетишисты жестоких действий), в других, по всей вероятности, играет роль либо механизм расторможения древнего инстинкта половой агрессии, с чувством торжества над побежденным, либо, наоборот, чувство собственной неполноценности, изживаемое в стремлении к половому господству. Г. С. Васильченко, И. Л. Ботнева и В. М. Маслов (1983) рассматривают садизм как проявление гипермаскулинности.

В отличие от садистских мазохистские установки более свойственны женщине, чем мужчине. Ряд авторов пытались объяснить это более пассивной ролью женщины при половой близости. Инстинкт половой отдачи, полового подчинения характерен именно для женщины. Биологически в более "выгодных условиях с точки зрения продолжения рода были женщины с этим инстинктом и мужчины с выраженным инстинктом половой агрессии.

В генезе мазохистских тенденций у женщины в одних случаях могут играть роль проявления инстинктов сексуального подчинения, сексуальной отдачи себя. Переживание чувства беспомощности, покорности, неспособности к сопротивлению выступают в этих случаях на передний план мазохистских переживаний. Некоторые мазохистки испытывают удовлетворение, если их связывают, другие желают полной покорности и чтобы объект любви оскорблял их, бил, заставлял валяться у его ног.

В других случаях грубое обращение, третирование, побои связаны с представлением о мужской силе, мужественности, властности, в связи с чем получают положительную оценку и развивают мазохистские наклонности. Так, одна наша больная неврозом мечтала о властном, грубом, сильном мужчине, который, разгневавшись, ударил бы, бросил ее на ковер, а она при этом обнимала бы его колени, валялась бы у него в ногах. Муж ее был физически слабым, покорным, страдал импотенцией.

Чувство боли иногда может иррадиировать, вызывая половое возбуждение и сладострастные переживания. При этом боль не должна быть слишком сильной. Мы знали девочку 5 лет, которой шлепки, особенно по ягодицам, доставляли чувство удовольствия. Родители, заметив это, отказались от такой формы наказания. Элементы сладострастия, связанные с болью, отчетливо выступают и у некоторых религиозных флагеллантов. Некоторые авторы приводили наблюдения над мужчинами, у которых эрекция возникала и они становились способными к половой жизни лишь тогда, когда им наносили достаточно сильные болевые раздражения.

В основе мазохизма может также лежать и возникновение условно-рефлекторной связи между чувством боли и сильным половым возбуждением (фетишисты боли). Это отчетливо выступает в самонаблюдении французского философа Жана-Жака Руссо. В своей «Исповеди» он рассказывает о том, что 8-летним мальчиком в пансионате был влюблен в одну из воспитательниц - 30-летнюю мадмуазель Ламберье. Ее огорчения, когда он не мог сразу ответить на вопрос, и угрозы наказать его розгами, если он не будет хорошо заниматься, вызывали у него чувство удовольствия. Однажды она собственноручно наказала его. Он ощутил наряду с болью и стыдом сладострастное ощущение, вызвавшее у него неудержимое желание подвергнуться новому наказанию. Вскоре он вновь был наказан розгами. Однако воспитательница, видимо, заметила своеобразный эффект наказания и удалила его от себя. С этого времени у него появилось влечение подвергнуться обвинению со стороны женщины, которая ему нравилась, а также влечение быть униженным женщиной. «Валяться» в ногах женщины-повелительницы, исполнять ее прихоти, умолять ее о прощении было для меня высшим наслаждением». В данном случае в возникновении влечения к переживанию боли (альголагния) отчетливо выступает механизм зафиксировавшейся условно-рефлекторной связи между болью и чувством сладострастия.

Явления мазохизма нередко сочетаются с явлениями садизма (садомазохизм). Так, одна наша больная то мысленно представляла, что сечет по голым ягодицам мальчика (в детстве вид этой сцены вызвал у нее сильное половое возбуждение), то - что ее сечет мужчина. При этом она одно время жила нормальной половой жизнью, лишь изредка предаваясь садомазохистским фантазиям.

Для больных шизофренией характерны садистские и мазохистские фантазии сложного вычурного содержания. Так, одна больная представляла себе, что она служанка у жестокого хозяина, который среди прочих издевательств пальцами ног таскал ее за уши и заставлял языком вылизывать его ноги.

ГЛАВА VI
ЛЕЧЕНИЕ НАРУШЕНИЙ ПОЛОВОЙ ФУНКЦИИ

Общие принципы лечения

При лечении нарушений половой сферы важно установить контакт с больными, создать атмосферу искренности и доверия, позволяющую выявить и обсудить наиболее интимные стороны человеческих отношений.

Лечение будет различным в зависимости от причины, вызвавшей заболевание, и от проявлений самой болезни. Например, при психогенной фригидности основным методом обычно служит психотерапия, при фригидности, вызванной эндокринными нарушениями, - гормональная терапия. По-разному будет строиться и сама психотерапия в случае фобического и истерического вагинизма, хотя оба состояния вызваны психическими факторами.

От врача, занимающегося терапией сексуальных нарушений, помимо глубоких специальных знаний требуется большое чувство такта, наличие жизненного опыта, умение установить контакт с больными, вызвать их расположение и доверие. Отношения, складывающиеся между больным и врачом, во многих случаях имеют огромное значение для успеха лечения. Чем врач авторитетнее, чем большим он обладает искусством выслушивать больного, расположить его к себе, понять его переживания и оказать на него логическое и эмоциональное воздействие, тем скорее будет достигнут успех. Половая функция - это функция психосексуальная, поэтому даже в тех случаях, когда в основе лечения лежат фармакологические средства, воздействие на психику больного имеет очень большое значение. На половую функцию человека оказывают влияние этические и нравственные представления, а также особенности личности заболевшего. Они должны учитываться при выборе лечебных мероприятий.

Лечение аноргазмии и половой холодности

При лечении аноргазмии в первую очередь выясняется, имеется ли болезненное нарушение половой функции, или оба супруга в половом отно-

тении здоровы, однако жена не получает полового удовлетворения из-за дисгамии. В последнем случае очень важно знать не только духовные отношения между супругами, но и интимные подробности половой жизни, которые могут играть роль в возникновении дисгармонии. Лишь после этого можно дать советы, направленные на ее преодоление. Должны учитываться также и индивидуальные особенности супругов (как мужа, так и жены), в частности тип половой возбудимости женщины и диапазон приемлемости форм полового контакта для каждого из супругов, т.е. какие формы считаются допустимыми, приемлемыми и какие неприемлемыми.

В тех случаях, когда муж заканчивает половой акт раньше жены и она остается неудовлетворенной, можно говорить о возможных причинах этого, в частности подчеркнуть, что часто женщины начинают половой акт менее возбужденными, чем мужчины, и нуждаются в предварительной подготовке. Далее советуют, если требуется, расширить *диапазон приемлемости* такой подготовки. Акцентируют внимание на том, что если супруги любят друг друга, то в любви дозволено все, что может привести к половой гармонии. Могут быть приведены данные литературы о различных применяемых методах подготовки. Можно указать, что многие женщины до начала половой близости нуждаются в ласках всего тела, затем ласках, обеспечивающих ритмичные раздражения области клитора и малых губ, и лишь после этого они готовы к половому акту. Такая подготовка особенно существенна для женщин с клиторическим типом половой возбудимости. При других типах половой возбудимости прикосновение к клитору может оказаться индифферентным или даже неприятным.

Оптимальная длительность подготовки зависит от индивидуальных особенностей женщины. Для одних женщин это десятки секунд, для других - минуты (обычно не больше 10-15). Чем темпераментнее женщина, тем в меньшей подготовке она нуждается. Многие женщины дают мужчине понять, когда они уже чувствуют себя достаточно подготовленными к тому, чтобы от ласк перейти к половому акту. Чрезмерное затягивание подготовки может привести к потере половой чувствительности. Следует учесть, что некоторые легко возбудимые мужчины не могут себе позволить сколько-нибудь длительно ласкать женщину перед половой близостью, так как это возбуждает их больше, чем женщину, в связи с чем они становятся неспособными к достаточно длительному совершению полового акта.

Половой акт является нормальным независимо от того, как длительно или в какой форме была проведена подготовка к нему, а также какую степень полового возбуждения она успела вызвать. Ласки, предшествующие его началу, ведут не только к усилению психоэротической настроенности женщины, но и к увлажнению ее половых органов, а при возникнове-

нии сильного полового возбуждения - к появлению оргастической манжетки, т.е. к сужению наружной трети влагалища. Благодаря этому как мужчина, так и женщина острее ощущают контакт во время фрикций.

Расположение эрогенных зон в половых органах женщины весьма индивидуально, поэтому для достижения оргазма во время половой близости может иметь значение выбор оптимальной позы полового сближения. При различных положениях при половом акте оказывается неодинаковое воздействие на эрогенные зоны женщины, поэтому иногда женщина, не испытывающая полового удовлетворения при одних позах, начинает его испытывать при других.

В европейских странах наиболее распространено положение, при котором женщина лежит на спине лицом к партнеру, мужчина находится сверху. Это позволяет видеть лицо друг друга. Кроме того, открывается широкая возможность для взаимных ласк. Ноги женщины при этом могут быть как согнуты в коленях и подтянуты к грудной клетке, так и вытянуты. Первая поза особенно показана, когда женщине приятно глубокое проникновение полового члена и давление на область лобка, оказываемое телом партнера. Такое положение благоприятствует зачатию, особенно если под таз женщины предварительно подкладывается подушечка и женщина после полового акта остается лежать на спине 10-15 минут с подтянутыми к груди коленями. Однако его рекомендуется избегать, если глубокое проникновение полового органа болезненно или нежелательно в связи с беременностью и послеродовым периодом. При очень резком сгибании ног в тазобедренных суставах и при поднимании таза можно достигнуть сильного давления мужским половым органом и на наружную треть передней стенки влагалища. При вытянутых ногах женщины в большей мере раздражается область клитора, хотя он при этом и не приходит в непосредственное соприкосновение с мужским половым органом. Женщине, у которой эта область очень чувствительна, а глубокие отделы, наоборот, мало чувствительны, поза с вытянутыми ногами может быть приятнее. В этой позе мужской половой орган легко удерживается во влагалище, в связи с чем она показана также при неполной эрекции.

Позы, при которых женщина находится сверху мужчины, позволяют ей самой регулировать глубину проникновения мужского полового органа во влагалище и ритм функций, а также направлять его в ту область влагалища, которая у нее наиболее чувствительна. При чрезмерной полноте мужчины, затрудняющей половое сближение, а также во время беременности и в послеродовом периоде у женщины эти позы могут быть показаны.

Позы на боку облегчают мужчине контроль за скоростью наступления эякуляции, дают возможность женщине более свободно и активно участвовать е половом акте, обеспечивают в большей мере, чем предыдущие позы, контакт мужского полового органа с клитором.

На Востоке широко применяются позы, при которых мужчина находится сзади женщины. При задних и боковых позах оказывается давление на заднюю и боковые стенки влагалища, что ведет к значительному ускорению наступления оргазма у женщин, у которых эти зоны чувствительны. Возможны также другие позы. Встречается такое расположение влагалища, при котором мужчине легче войти, если он находится сзади женщины.

При ретрофлексии или ретроверсии матки при положении женщины на спине зачатие может оказаться затрудненным. В таких случаях, при желании забеременеть, рекомендуется коленно-локтевая поза, при которой мужчина находится сзади. После эякуляции женщине советуют еще несколько минут оставаться е этом положении. Допустимы любые позы, способствующие достижению удовлетворения.

При наличии несоответствия между временем окончания полового акта партнерами мужчине может быть рекомендовано совершать половой акт с паузами, т.е. приостанавливая фрикции, когда половое возбуждение его чрезмерно нарастает. Во время пауз он может делать лишь ритмические движения туловищем, оказывая им давление на лобковую область женщины. Первую небольшую паузу следует сделать сразу после введения полового органа во влагалище. В это время на область клитора и малых губ женщины следует положить руку и далее, на протяжении всего полового акта, оказывать пальцами более или менее интенсивное, но не грубое ритмичное давление или легкое тактильное раздражение этой области в ритме фрикций. Оно суммируется с раздражением гениталий женщины мужским половым членом и ведет к ускорению наступления оргазма. Пальцы желательно предварительно слегка увлажнить вазелином или влагалищной смазкой, так как прикосновение сухой кожи к нежным половым органам может оказаться болезненным. Дополнительное раздражение области клитора не только в подготовительном периоде, но и во время полового акта особенно важно для женщин с клиторическим типом половой возбудимости. Без этого оргазм у них может не наступить. Однако оно может быть индифферентным и даже неприятным при ареактивном и вагинальном типах половой возбудимости, а также при вагинально-клиторическом типе возбудимости у тех женщин, у которых стимуляция влагалища выключает эротическую чувствительность области клитора. Неприятным оно может быть также при стимуляции, не соответствующей индивидуальным потребностям женщины (например, слишком для нее грубой) или при наличии отрицательной психологической установки к такой стимуляции.

При клиторическом типе половой возбудимости женщины обычно отмечают, что если мужчина вызвал у них резкое половое возбуждение стимуляцией клитора, то им желательно, чтобы он продолжил стимуляцию в том же месте и в том же темпе, вплоть до наступления оргазма. Если же он ее в это время прекращает и переходит на внутривлагалищную стимуляцию, то уровень возбудимости у них быстро падает. При вагинально-клиторическом типе половой возбудимости нередко отмечается, что стимуляция клитора сначала вызывает приятное половое возбуждение, вслед за которым появляется желание перейти к половому акту, при котором мужской половой орган вводится во влагалище.

При высоком расположении клитора, а также когда мужу не удается обеспечить его адекватную стимуляцию, женщине можно рекомендовать во время акта положить руку на нижнюю часть живота и движением сверху вниз сместить область клитора так, чтобы она тесно соприкасалась с корнем мужского полового органа во время фрикций. Женщина может, кроме того, сама оказывать на клитор ритмическое давление, повышающее возбудимость и облегчающее наступление оргазма.

Если женщина весьма сдержанна в своих сексуальных проявлениях, мужчина не всегда чувствует, насколько велико ее половое возбуждение во время половой близости и скоро ли у нее может наступить оргазм (в отличие от этого большинство женщин чувствуют наступление оргазма у мужчины). Иногда мужчине бывает трудно судить о том, какой ритм и амплитуда фрикций для женщины в тот или иной период половой близости являются оптимальными. Иногда в таких случаях женщине рекомендуют взять на себя инициативу регуляции полового акта и дать понять мужу, что от него требуется. Положить, например, руку на его талию и легкими движениями регулировать его активность, то тормозить ее, если возбуждение мужа слишком возросло, а женщина еще мало возбуждена, то легкими движениями руки придавать желательный темп фрикциям, дав понять мужу, что теперь ему не следует себя сдерживать. Она также может направить руку мужа на наиболее чувствительные эрогенные зоны и придать тот темп и интенсивность движению его руки, которые наиболее приятны.

Способствовать более быстрому наступлению оргазма у женщины с высокой чувствительностью влагалища могут и короткие ритмичные движения половым органом мужчины, глубоко введенным во влагалище. В этом случае наиболее чувствительная часть головки слабо соприкасается с расширенной частью верхнего отдела влагалища. В то же время корень полового члена, менее чувствительный, обеспечивает трение стенки наружной трети влагалища, особенно при возникновении в этой части оргастической манжетки.

Иногда у очень темпераментных женщин, еще до наступления оргазма возникают столь бурные внешние проявления полового возбуждения, что мужчины принимают их за признаки наступления оргазма, перестают себя сдерживать и стремятся также поскорее вызвать у себя эякуляцию. В результате женщина остается в состоянии сильного полового возбуждения неудовлетворенной.

При сухости наружных половых органов женщины, помимо более длительных предварительных ласк, рекомендуется одному из супругов слегка смазать свои половые органы вазелином или увлажнить слюной для того, чтобы женщине не было больно в начале полового акта, а также чтобы уменьшить силу трения, так как иначе это может привести к слишком быстрому наступлению эякуляция. Это же рекомендуется и молодоженам при возникновении трудности дефлорации.

Часто причиной сухости влагалища во время полового акта может быть недостаток эстрогенов. Лечебный эффект достигается либо при их назначении, либо при назначении небольших доз мужских половых гормонов (метилтестостерона).

Для того чтобы мужчина стал способен к более длительному совершению полового акта, могут быть рекомендованы и средства, обычно применяемые при лечении преждевременной эякуляции, например: смазывание головки полового члена за 2-3 часа до полового акта мазью в составе совкаина (1 г), вазелина (20 г); применение презерватива; хлорэтиловые блокады, по Г. С. Васильченко; а также специальные методы тренировки, которым можно обучить супружескую пару (Свядощ А. М., 1982). Частыми причинами преждевременного семяизвержения являются невроз ожидания неудачи и из урологических заболеваний - хронический простатит.

Следует заметить, что даже резкое расхождение между временем наступления оргазма у мужчины и женщины преодолимо при доброй воле с обеих сторон, взаимной искренности и терпении. Возможность адаптации в этом отношении очень велика. Не случайно некоторые женщины, может быть немного утрируя, говорят, что нет такого мужчины, который не смог бы их удовлетворить.

Для установления причины половой дисгармонии обычно недостаточно ограничиться обследованием женщины. После выяснения особенностей ее темперамента, ее эрогенных зон, индивидуальных потребностей полезно вызвать мужа пациентки и, установив с ним контакт, в мягкой, деликатной форме дать ему советы в отношении полового поведения, а также определить степень развития его половых органов.

В процессе беседы с мужем желательно подчеркнуть важность предварительной психоэротической настроенности на половое сближение для возникновения полового удовлетворения. Эта настроенность может создаваться на протяжении всего дня в процессе духовного общения супругов, и особенно вечером, в период, предшествующий половому сближению. Психоэротическая настроенность может оказывать большое влияние на уровень половой возбудимости и интенсивность переживания оргазма. «Мой муж, - жаловалась молодая женщина, - никогда ласкового слова не скажет, букетика цветов не подарит, днем не подойдет, не поцелует, не похвалит, если я что-нибудь хорошо сделаю. Откуда же к вечеру настроение возьмется? …»

Внимание мужчины обращается на то, что когда оргазмы гармонично наступают одновременно у обоих супругов, то все же у женщины он обычно длится дольше, чем у мужчины, и она вследствие как физических, так и психических особенностей нуждается еще в заключительных ласках. Некоторые женщины чувствуют себя разочарованными и неудовлетворенными, когда их мужья сразу же по окончании полового акта отворачиваются и засыпают, не проявляя к ним больше нежности и внимания.

В тех случаях, когда причиной дисгармонии является прерванное половое сношение, рекомендуется отказаться от этого «метода» и заменить его другими способами предохранения от беременности.

Наши наблюдения из опыта работы в ленинградской Консультации по вопросам семейной жизни показывают, что частой причиной половой дисгармонии супругов является поразительная неосведомленность их в вопросах половой жизни. Одной из причин затруднения у неопытного новобрачного может быть неправильное представление о топографии женских половых органов, в этом случае незаменима помощь новобрачной. Нередко причиной затруднения служит недостаточная обнаженность женщины перед началом полового акта.

При лечении фригидности применимы те же средства, что и при ликвидации дисгамии (см. с.63). В первую очередь выясняются причины фригидности и применяются меры, направленные на ее устранение. Так, при симптоматической фригидности лечение сводится в основном к лечению породившего ее основного заболевания. Им может быть интоксикация наркотиками, циклофрения, алиментарная дистрофия, неврастения, фатигация, нарушения мускулатуры тазового дна и дилятация влагалища, возникшие после родов, и т.п. Поскольку усталость и озабоченность являются самыми частыми причинами, вызывающими угнетение полового чувства даже у самых темпераментных женщин, при лечении фригидности очень важно обеспечить женщине нормальный режим труда и отдыха, избавить ее от недосыпания, переутомления, эмоциональной напряженности, добиться общего укрепления организма. Весьма желательно предоставить возможность активной мышечной деятельности (ходьба, спорт). Таким женщинам показана диета, богатая белками (мясо, рыба) и витаминами, особенно Е (яйца, икра). Красный перец, кардамон, мускатный орех, корица, сельдерей старыми авторами рекомендовались в качестве веществ, якобы повышающих половую возбудимость. Влияние алкоголя на половую функцию женщины весьма индивидуально. У одних он тормозит половое влечение, у других - растормаживает, ослабляя психические задержки.

Последний эффект чаще вызывают умеренные дозы сухих вин.

Для усиления остроты эротических ощущений рекомендуется следующее упражнение: в течение 10-15 секунд напрягать мышцы бедер, ягодиц и тазового дна («втягивать задний проход»), затем на 5 секунд расслаблять их. Начинать следует с 10 напряжений мышц за сеанс и постепенно довести до 30-40 напряжений. Проводить по три сеанса в день в течение трех месяцев или дольше. Упражнения можно выполнять в любой обстановке. Показаны также приседания со скрещенными ногами, по нескольку раз в день. В результате женщина становится способной во время акта напряжением мышц сильнее охватить половой член партнера, в связи с чем у обоих возникают более острые ощущения. Укреплению этих мышц способствуют также езда на велосипеде, катание на лыжах. (Некоторые лыжницы, гимнастки, балерины обладают столь развитой мускулатурой та-

зового дна и входа во влагалище, что напряжением ее могут с большой силой охватывать предметы, введенные во влагалище.) Эти же упражнения показаны и при ослаблении мышц тазового дна и дилятации влагалища вследствие родовой травмы, ставшей причиной аноргазмии. В редких случаях приходится прибегать к пластической операции, направленной на восстановление тазового дна и влагалища.

При всех формах фригидности большое значение имеет психотерапия. Эффективность психотерапии во многом повышается, если к ее проведению привлекается второй супруг (лечение супружеской пары). Психотерапия направляется на изменение отношения больной к половой жизни, расширение *диапазона* приемлемости различных форм полового контакта. Врач обращает внимание больной на то, что важно хотя бы один раз пережить оргазм, будь то во время полового акта или во время предшествующей ему стимуляции эрогенных зон.

В результате этого как бы проторяется путь, ведущий к наступлению оргазма, облегчается возникновение *оргастического рефлекса.* Кроме того, это поможет женщине лучше узнать свою индивидуальную потребность в воздействиях, приводящих к половому удовлетворению. Между прочим, может быть указано, что женщины, пережившие впервые оргазм во время самовозбуждения, в дальнейшем нередко начинали испытывать его и при половой жизни.

В тех случаях, когда в основе задержки полового чувства большую роль играет торможение его вследствие неправильного воспитания, психотерапия направляется на снятие этой задержки.

При психогенной, а также ретардационной и даже конституциональной фригидности могут быть рекомендованы гипнотическое внушение, аутогенная тренировка и самовнушение, по Э. Куэ. Такие методы психотерапии способны снять психическую задержку, препятствующую наступлению оргазма, усилить психоэротическую настроенность, предшествующую половому акту, повлиять на нейроэндокринные процессы и функциональное состояние корковых и подкорковых половых центров, воздействовать на периферические отделы полового аппарата и на сосудистую иннервацию половых органов. Влияние гипнотического внушения на общий уровень половой возбудимости отчетливо выступает в следующем наблюдении.

В., 26 лет, жительница Львова, находясь в Ленинграде, обратилась к нам, с жалобами на фригидность. Замужем 4 года, имеет сына 2 лет. Отношения с мужем хорошие. В прошлом никогда ни в кого не влюблялась, влечение к нежности и ласке испытывала, а к половой близости нет. Половая способность у мужа нормальная. Муж пробовал проводить различные виды эротической подготовки, менять позы при половой близости, однако это не давало результатов. Половой акт чаще всего безразличен, реже слегка приятен. Дважды в жизни возникали эротические сновидения, во время которых испытывала легкое половое возбуждение. Тип половой возбудимости у больной генерализованный.

Проведено три сеанса гипноза. Гипнотический сон II степени, по Форелю, вызван методом фасцинации в сочетании с вербальным воздействием. «По приезде домой будете любить своего мужа. Близость мужа вызовет чувство подъема. Половой акт будет приятен. Наступит разрядка. Муж станет для вас самым дорогим человеком».

В дальнейшем жена сообщила, что, вернувшись домой, с волнением ждала «встречи» и «в первую же ночь получила такое удовольствие, что думала, что схожу с ума, не могла сдержаться от громких стонов... Муж стал мне дорог!».

В данном случае, видимо, имелась зафиксированная ретардационная фригидность. Гипнотическим внушением удалось повысить половую возбудимость («с волнением ждала встречи>), благодаря чему оказалось возможным переживание оргазма. Иначе говоря, психическим воздействием можно оказать глубокое влияние на нейроэндокринную регуляцию половой функции. К началу лечения гипнозом, по всей вероятности, уже имелась некоторая готовность нейроэндокринной системы, уже имелся определенный уровень половой возбудимости.

В пользу этого говорят эротические сновидения, а также то, что молодая женщина по своей инициативе обратилась за помощью по поводу фригидности. Успеху гипнотерапии во многом способствовало наличие этой готовности в данном случае.

Надо сказать, что гипнотическое внушение дает положительный эффект далеко не всегда. Чаще всего он наблюдается при психогенной фригидности.

Больная Р., 32 лет, в течение 3 лет безуспешно лечилась «от невроза сердца, болей в животе, крестце, общей слабости, раздражительности». Врачи ничего не находили, но ей, по ее словам, легче не становилось.

Рассказала, что девушкой была влюблена в молодого человека, но мать заставила выйти замуж за другого - нынешнего мужа. Живет с ним 8 лет. Родила 2 детей. Семейной жизнью не была удовлетворена, но решила сохранить брак ради детей. Половой акт всегда неприятен, ласки мужа вызывают чувство раздражения. Его попытки стимулировать область клитора к возникновению полового возбуждения не приводили. Оргазм никогда не испытывала. От половой близости всячески уклонялась, говорила, что устала, что болит голова, что пришли месячные или что они затянулись, иногда притворялась спящей. На следующий день после половой близости чувствовала себя усталой, разбитой, испытывала боли внизу живота.

При обследовании у больной обнаружен выраженный клиторический тип половой возбудимости, анестезия всех отделов влагалища. В гипнотическом сне больной внушено, что теперь она станет настоящей женщиной. Половой акт будет приятен! Далее указано, что муж перед половым актом положит руку на ее половые органы и это будет очень приятно. Во время акта будет испытывать сильно нарастающее возбуждение и наступит оргазм. Мужа будет очень любить. Мужу предложено после общих ласк тела перейти к стимуляции рукой области клитора и проводить ее не только перед, но и во время полового акта.

После первых двух сеансов гипноза половая близость впервые стала приятной, возникло половое возбуждение. После третьего сеанса половой акт

закончился переживанием сильного оргазма. При половой жизни с мужем стала испытывать удовлетворение. Неприятные ощущения в области сердца, низа живота, крестца прошли. Появилось чувство легкости, бодрости. Муж стал дорог, отношения в семье наладились.

В данном случае психогенную фригидность удалось устранить гипнозом. В связи с выраженным клиторическим типом половой возбудимости рекомендована дополнительная стимуляция в области клитора во |ремя полового акта, без чего устранить фригидность, вероятно, было бы возможно. Имевшаяся до лечения отрицательная установка к половой жизни с мужем привела, по всей вероятности, к тому, что попытки стимуляции эрогенных зон с его стороны были безуспешными и не вызывали полового возбуждения. С нормализацией половой жизни излечилась от явлений «невроза сердца» и невротических проявлений, являвшихся по существу следствием половой неудовлетворенности.

Надо сказать, что одной из наиболее частых причин возникновения у женщин различных «функциональных нарушений деятельности внутренних органов», в частности «невроза сердца», «болей во всем теле», «общей слабости» и т.п., при которых не находят каких-либо изменений со стороны соматических органов, является половая дисгармония. Ликвидация ее ведет к устранению невротических проявлений. Врачу при обследовании больных с функциональными нарушениями внутренних органов следует во всех случаях выяснить сторону половой жизни и обращать внимание больной на важность ее нормализации.

При лечении фригидности аутогенной тренировкой после овладевания первыми двумя стандартными упражнениями (вызывание чувства тяжести и тепла) мы советуем своим пациенткам внушать себе желание и приятность половой близости, ощущение тепла в половых органах, а также обострение их чувствительности, в частности к фрикциям (Свядощ А. М., 1982). В случаях аноргазмии возможно также применение самовнушения о Куэ. С больной проводят беседу, во время которой ей описывают влияние самовнушения на организм человека и разъясняют, каким образом предполагаемое лечение может оказать на нее целебное воздействие. Далее (предлагают лечиться самовнушением на дому, для чего дома сесть или лечь в удобной позе, закрыть глаза и, пробыв в состоянии покоя 2-3 мин, повторять самой себе мысленно или шепотом без всякого напряжения автоматически 25 раз одну и ту же формулу самовнушения, состоящую из 3-4 фраз. Например: "С каждым днем мне все лучше и лучше… Расслаблена, бездумна… Все ярче и ярче… Все наступит само собой… ". В заключение после самовнушения возможно в течение 1-2 мин вызывание соответствующих сексуальных представлений. Сеанс самовнушения

занимает несколько минут. Чтобы не отвлекаться подсчетом количества повторений формул самовнушения, можно иметь шнурок с 25 узелками, которые можно перебирать по мере повторения самовнушений, или перекладывать отобранные 25 спичек.

Сеансы проводят в течение нескольких недель по 3-4 в день, например, утром, после обеда и перед сном. Особенно эффективны они в переходном состоянии от сна к бодрствованию и непосредственно перед засыпанием. Терапевтический эффект часто наступает не сразу, а лишь после 1,5-2 мес лечения.

У некоторых женщин наступление оргазма возможно лишь при условии, что во время половой близости они ни о чем не думают и не наблюдают за поведением партнера. Чрезмерная фиксация внимания на половом акте и возникающих ощущениях, а также тревожное ожидание наступления оргазма могут затормозить его приход. Выработка способности не думать в это время, как мы не думаем о сне, когда хотим, чтобы он наступил, может привести к излечению. В особо упорных случаях может помочь овладение техникой аутогенной тренировки, а также внушение (наяву или в гипнотическом сне), направленное на устранение тревожного ожидания («Вы спокойны. . . Все будет хорошо. . . Все произойдет само собой»).

Положительные результаты дает также "игровой метод" лечения психогенной аноргазмии (Свядощ А. М., 1982), при котором рекомендуется играть роль темпераментной женщины (закрыв глаза, все более учащенно дышать, представлять себе, что она проваливается, теряет сознание, более активно совершать движения тазом, в ритме движений мужа, судорожно охватить его руками и в момент изображаемого оргазма несколько стонов сопроводить сильным ритмичным сокращением мышц, сжимающих влагалище). Проводить не менее 3-4 сеансов до и после наступления менструаций. "Игра" повышает сексуальную возбудимость женщины и устраняет тревожное ожидание. Вскоре на высоте "игры" возникает настоящий оргазм.

Психотерапия ретардационной фригидности направлена на разъяснение ее генеза, устранение разочарования, чувства собственной неполноценности, ориентацию на получение удовлетворения от радости, доставляемой мужу. В процессе психотерапии фригидности, в особенности ее конституциональной формы, желательно снизить значимость оргазма. Внушить женщине, что любовь и семейное счастье возможны и в том случае, если она не испытывает оргазма. Следует высказать мнение, что половая гармония имеется, если половой акт супругам приятен, хотя оргазм и не возникает («удовлетворение без оргазма»).

При лечении фригидности много ценного может дать психоэротическая тренировка, проводимая семейной парой. Она может вести к повышению психоэротической возбудимости женщины. Для того, чтобы она была

целенаправленной, желательно во время гинекологического осмотра выявить эрогенные зоны у женщины, а затем, во время беседы с ней, рекомендовать стимуляцию эрогенных зон во время ласк с мужем с тем, чтобы у нее постепенно все более и более нарастало половое возбуждение и возник оргазм. Во время личной беседы с мужем врач в деликатной форме советует ему перед половым актом стимулировать соответствующие эрогенные зоны жены. Жену не следует предупреждать о том, что мужу будут даны какие-либо инструкции, так как это может создать у нее ощущение нарочитости. Лучше, если у нее создастся впечатление, что муж сам «дошел до этого». Кроме того, при фригидности женщине могут быть рекомендованы горячие тазовые ванны, во время которых возможна стимуляция эрогенных зон самой больной. Постепенному нарастанию психоэротической возбудимости может способствовать и гинекологический массаж, при котором вызывается стимуляция эрогенных зон. С этой же целью может быть применен вибромассаж входа во влагалище у тех женщин, у которых эта область является эрогенной зоной. На курс лечения обычно достаточно 3-5 сеансов. Массаж усиливает общую психоэротическую возбудимость женщины, убеждает ее в том, что она «не холодна» -способна к психоэротическим ощущениям, позволяет ей лучше понять, в каком виде половой стимуляции она нуждается и облегчает достижение оргазма при половой близости.

В случае сексуальной дисгармонии иногда постепенно утрачивается психоэротический контакт между супругами. Приготовления к близости перестают оказывать возбуждающее действие, которое они оказывали раньше. Для восстановления контакта можно рекомендовать в течение нескольких дней воздержаться от половой жизни и практиковать лишь ласки тела, без прикосновения к гениталиям, не стремясь вызвать полового возбуждения. После этого несколько дней - ласки, включающие и область гениталий. Такая тренировка эротической реактивности показана также в случаях слабости полового влечения у одного из партнеров.

Некоторые женщины, как указывалось, научившись вызывать у себя оргазм Путем самовозбуждения, далее начинали испытывать его и во время полового акта и тем самым избавлялись от аноргазмии. Исходя из этого, J. Lopiccolo и L. Lopiccolo (1978) разработали программу обучения женщин самостимуляции области клитора (длительностью до 40 минут, если оргазм не удавалось вызвать быстрее). Она включала также обучение достижению оргазма в дальнейшем при контакте с партнером.

При пониженной вагинальной чувствительности, E.S.Kaplan (1978) рекомендует тренировку, направленную на обострение способности восприятия ощущений, исходящих из этой области. Занять позу сверху мужа и ввести его половой член себе во влагалище. Оставаться неподвижной или совершать легкие движения тазом, чтобы поддерживать эрекцию

мужа. Сосредоточивать внимание на ощущениях, исходящих из влагалищ^ и приучать себя к их восприятию. В дальнейшем переходить ко все более активным фрикциям. Если женщина сама у себя может вызывать оргазм, но во время полового акта его не испытывает, ей можно рекомендовать вызывать у себя во время акта резкое половое возбуждение (довести до состояния предоргазма) путем стимуляции клитора рукой (своей или мужа). Когда возбуждение возникает, убрать руку и совершить несколько резких толчкообразных движений тазом навстречу мужу, которые и приведут к возникновению оргазма.

Медикаментозное лечение фригидности носит главным образом вспомогательный характер и проводится в комплексе с другими мероприятиями.

При лечении всех форм фригидности очень важно добиться, чтобы женщина хоть раз пережила оргазм, поэтому показаны те средства, которые хотя бы временно повышают половую возбудимость. При этом необходимо учитывать, что на возбудимость всегда огромное влияние оказывают и факторы психические; они могут как усиливать, так и тормозить ее. В качестве общестимулирующих средств применяют те же вещества и в тех же дозах, что и для стимуляции половой активности мужчин. К ним относятся настойка корня женьшеня (T-rae Gisengi) - по 15-20 капель 3 раза за 1 -2 часа до еды, близкий по действию к женьшеню экстракт элеутерококка (Extr. Eleutherococci fluidium) - по 45 капель 3 раза в день за полчаса до еды, вытяжка из рогов пятнистого оленя - пантокрин (Pantocrini) - по 30-40 капель 3 раза в день за полчаса до еды или Pantocrini in amp - по 1 мл подкожно ежедневно. Вещества эти могут применяться независимо от менструального цикла в течение 20-30 дней и дольше.

Для стимуляции рефлекторной деятельности спинномозговых центров, а также обострения чувствительности рецепторов, в частности тактильной чувствительности, с успехом могут быть назначены стрихнин и близко стоящий к нему по действию секуринин (стрихнин по 0,001 г или секуринин по 0,002 г 2-3 раза в день).

До недавнего времени при лечении фригидности широко применялись женские половые гормоны. Однако в последние годы применяют их очень осторожно, так как они могут нарушать гормональное равновесие в организме и, возможно, повышать готовность последнего к различным тканевым пролиферациям.

Женщины с фригидностью нормально менструируют, беременеют, рожают, что говорит о достаточной продукции у них эстрогенов. Как указывалось, половое чувство у них может оставаться сохранным даже при далеко зашедшей менопаузе, когда эстрогены вырабатываются в незначительном количестве, при удалении яичников у женщины детородного

возраста, а также при выраженном гипогонадизме. С другой стороны, назначение эстрогенов больным после мастэктомии, а также больным климактерическим неврозом не ведет к повышению у них полового влечения. Все это дает многим авторам основание полагать, что лечение фригидности женскими половыми гормонами нецелесообразно, неэффективно. И все же мы присоединяемся к мнению тех, кто считает, что женские половые гормоны могут играть роль в поддержании полового чувства у женщины, и считаем возможным их недлительное применение (до одного месяца) лишь в тех случаях, когда при фригидности обнаруживаются явления гипоовариизма. например, при цитологическом исследовании влагалищных мазков (реакция 11-111).

Для лечения может быть рекомендован 0,1%-ный раствор эстрадиол-дипропионата по 1 мл (1 мг - 20 000 МЕ) через каждые трое суток во время первой половины менструального цикла (5 инъекций), или фолликулин -1 мл 0,1%-ного раствора через день (7-8 инъекций), или синэстрол -0,1%-ный раствор или таблетки, октоэстрол или стильбэстрол - по 1 мг один раз в день в первую половину цикла. Эстрогены противопоказаны при фиброме матки, мастопатии, эрозии шейки матки, полипопозе, а также заболеваниях печени и почек, туберкулезе и эпилепсии.

Мужские половые гормоны (андрогены), как указывалось, усиливают как половое влечение у женщины, так и способность ее к переживанию оргазма. Механизм этого действия недостаточно ясен. Возможно, что гормоны эти повышают возбудимость половых центров в коре и в подкорковых областях (лимбической системе). Гормоны эти показаны при ретардационной и конституциональной фригидности, а также фригидности, связанной с уменьшением количества этих гормонов в крови. Назначают их фригидным женщинам с хорошо развитыми вторичными половыми признаками, очень женственным, с нежной кожей, у которых можно предположить избыток женских и недостаток мужских половых гормонов.

Некоторые авторы рекомендуют назначать тестостерон в дозе не более 70 мг в неделю и применять его не дольше 5 недель (Гавелов А. А., 1972). Другие считают возможным кратковременное назначение его до 300 мг в неделю. Мы рекомендуем принимать метилтестостерон в дозе 0,005 г 2-3 раза в день под язык в течение одного цикла, начиная с первого дня после окончания месячных и до наступления следующих, или 5 раз в день в течение 4-6 дней. Можно также назначать тестостерон-пропионат по 50 мг внутримышечно через день - всего 4 раза (Sol. Testosteroni propionici oleosae 5% - 1 ml). Для повышения эротической активности клитора рекомендуется в течение 1-2 циклов втирать в эту область мазь, содержащую небольшое количество андрогенов (Sol. Testosteroni propionici ollosae 1% - 6,0 Vaselini, Lanolini aa - 15,0), и при этом стараться вызвать у себя эроти-

ческую реакцию. Мужские половые гормоны назначаются при условии достаточной насыщенности женскими. Если она недостаточна, то в первую половину цикла назначаются эстрогены и на их фоне - мужские половые гормоны. Не следует назначать андрогены свыше 300 мг на курс, даже если курс растянут на несколько менструальных циклов. Например, возможно назначение метилтестостерона по 0,005 г 2-3 раза в день под язык в течение одного цикла, либо по 0,005 мг 2 раза в день лишь во вторую половину цикла, в течение 2-3 циклов, либо назначение 10%-ного тестената по 1 мл (ровно 100 мг тестостерона) внутримышечно в первый день окончания менструации в течение трех циклов. Инъекцию можно производить и в первый день второй половины цикла. При назначении в первую половину цикла препарат несколько слабее влияет на силу полового влечения, чем при введении его во вторую, но менее вероятна возможность побочного действия.

Андрогены подлежат немедленной отмене в случае появления маслянистости лица, охриплости голоса, растительности на лице, усилившегося выпадения волос, а также возрастания массы тела, изменения состава крови (резкого увеличения гемоглобина и числа эритроцитов), нарушения менструального цикла. Длительная передозировка может вызвать эритему лица, аменорею, атрофические изменения слизистой оболочки влагалища и обострение латентно протекающего трихомонадного кольпита, а также гипертрофию клитора. Мужские половые гормоны противопоказаны женщинам, имеющим малейшие признаки вирилизма (растительность на лице по мужскому типу в сочетании с мужским тембром голоса).

При ретардационной и конституциональной фригидности могут быть также применены гормональные препараты, содержащие одновременно как женские, так и мужские половые гормоны. Сюда относится венгерский препарат амбосекс (Ambosex), содержащий в 1 мл 5 мг эстрадиола и 100 мг тестостерона. Внутримышечно раз в месяц вводят 1 мл в масляном растворе, на курс 1-2 инъекции. Сочетание мужских и женских половых гормонов может быть дано также в порошках, содержащих 0,005 г метил-тестостерона, 0,002 г синэстрола, 0,3 г глюконата кальция, принимают по одному порошку 3 раза в день в течение первой половины менструального цикла.

Физиотерапевтическое лечение в основном сводится к назначению процедур, вызывающих гиперемию половых органов и тем самым способствующих эротизации. Сюда относятся горячие влагалищные души (температура 42-45°С) или орошение минеральными водами, особенно нарзаном, нарзанные ванны, горячие тазовые ванны, грязелечение («трусики» + влагалищные тампоны), а также диатермия половых органов (диатермия вагинальная - 12 сеансов по 20 минут ежедневно в первые 12 дней после окончания менструации), дарсонвализация наружных

половых органов - 12 сеансов через день. Гипертрофия матки - абсолютное противопоказание для тепловых процедур.

При назначении местных процедур следует считаться с чувством стыдливости женщин. Отрицательная установка к процедурам может свести на нет лечебный эффект. Физиотерапевтические процедуры играют лишь второстепенную роль при лечении и могут назначаться в комплексе с другими мероприятиями.

Об эффективности терапии фригидности можно судить по усилению полового влечения у женщины, появлению эротических сновидений и, главное, по возникновению у нее оргазма во время полового акта или при стимуляции эрогенных зон вне его. Ценные сведения можно получить при периодическом исследовании реактивности эрогенных зон. Иногда возникает ситуация, при которой женщина вылечилась от фригидности, т.е. стала способной испытывать оргазм, однако не испытывает его лишь потому, что не обеспечивается достаточная адекватная стимуляция эрогенных зон. В результате она продолжает считать себя фригидной. Так, одна наша больная с психогенной фригидностью при первом исследовании обнаружила полную анестезию как наружных, так и внутренних половых органов. После проведенной терапии отметила, что стала более напряженной при половой близости с мужем, но оргазма по-прежнему никогда не испытывала. Повторное обследование показало, что у нее появилась выраженная эротическая чувствительность в области клитора. Мужу было рекомендовано стимулировать эту зону при половой близости, после чего больная стала испытывать оргазм. Стимуляция этой области, проводившаяся до лечения, положительных результатов не давала. Таким образом, у больной после излечения от фригидности обнаружились явления дисгамии, которые и были устранены. В другом случае по устранении фригидности оргазм стал наступать при интенсивном ритмичном давлении на наружную верхнюю треть влагалища.

По нашим наблюдениям, дисгамию удается устранить в 85% и фригидность - в 48% случаев.

Лечение гиперсексуальности

Гиперсексуальность является синдромом, который может быть вызван различными заболеваниями. Соответственно и лечение его должно быть различным, в зависимости от того, вызван ли он, например, опухолью коры надпочечников, энцефалитом, циклофренией или остаточными явлениями после нарушения мозгового кровообращения.

В качестве симптоматического средства, снижающего силу полового влечения, могут быть рекомендованы нейролептики - аминазин, в дозе

50-100, реже 150 мг в сутки (принимается внутрь после еды) или тиоридазин (маллерил, сонапакс) в аналогичных дозах. Аминазин противопоказан при поражениях печени и почек, выраженной гипотонии и гипертонической болезни III степени, язве желудка и двенадцатиперстной кишки, а также тромбоэмболической болезни. Дозы свыше 100 мг часто нарушают трудоспособность вследствие психомоторной заторможенности. Из побочных эффектов тиоридазина отмечается сонливость, адинамия, снижение артериального давления, иногда тахикардия, нарушения аккомодации. Оба нейролептика могут давать аллергические реакции, а также повышенную чувствительность кожи к действию солнечных лучей (следует избегать их прямого действия на кожу).

При гиперсексуальности, протекающей с чувством тревоги, напряженности, мы наблюдали положительный эффект от назначения амитриптилина. Начинают с дозы 0,025 г 1-2 раза в день. Если в течение 4-5 дней нет положительного эффекта, доза постепенно увеличивается на 0,025-0,05 г в день до суточной дозы в 0,125 г. Последняя дается в 3-4 приема в течение суток. Препарат обладает антидепрессивным, противотревожным и седативным действием. Противопоказан при глаукоме и гипертрофии предстательной железы. В первые 3-4 дня лечения возможна значительная сонливость, которая проходит.

При гиперсексуальности на гипоманиакальном фоне возможно применение солей лития по методике, принятой в психиатрической практике. При гиперсексуальности, связанной с усиленной выработкой надпочечниками андрогенов, - небольшие дозы преднизолона или дифенина - по 0,01 г 1-3 раза в день. Лечение этими препаратами проводится до нормализации содержания 17-кетостероидов в суточном количестве мочи. При гиперсексуальности гипоталамического генеза Б. Н. Пиль (1982) рекомендует глубокое рентгеновское облучение диэнцефальной области два раза в неделю при разовой дозе 50-70 Р, суммарной - 300-400 Р.

Из физиотерапевтических процедур для снижения половой возбудимости показаны ванны (35-36°С) с хвоей, шалфеем, углекислые и жемчужные (Тимошенко Л. В., Федорченко Б. М., Кушнирук В. И., 1980), а также нисходящая гальванизация позвоночника с кальцием и бромом. Эффект от физиотерапевтических процедур невелик.

Лечение вагинизма и генитальгий

При лечении вагинизма необходимо участие обоих супругов. Больные вагинизмом нуждаются в мягком, доброжелательном отношении. Недопустима примитивная «психотерапия» в виде упреков, угроз, требований «взять себя в руки».

Недопустима рекомендация супругам разойтись, так как состояния эти, безусловно, излечимы.

Поскольку вагинизм и коитофобия относятся к неврозам (Свядощ А. М., 1982), естественно, что основным методом лечения является психотерапия. Во всех случаях вагинизма имеет значение рациональная психотерапия, направленная на разъяснение причины заболевания и правильно ориентирующая в отношении половой жизни. Однако одной рациональной психотерапией устранить вагинизм невозможно. Малоэффективной оказалась и аутогенная тренировка. Она лишь объективно облегчает достижение мышечного расслабления в покое, но не устраняет вагинизма.

Для подавления чувства страха больной, кроме того, рекомендуется дать самой вводить себе расширитель или сначала один, а затем два пальца и делать ими вращательные движения. В случае неопытности мужа можно научить больную при необходимости помогать мужу.

При лечении вагинизма у девственницы может потребоваться с ее согласия и согласия мужа хирургическая дефлорация. Она проводится путем введения влагалищного зеркала или полужесткого расширителя диаметром около 4 см. У особо боязливых больных применяют наркоз. В этом случае важно дать больной извлечь расширитель или зеркало самой при пробуждении от сна, так как в противном случае может возникнуть выпадение из памяти происшедшего и страх сохранится, несмотря на то, что больная понимает, что боли при половом акте теперь уже не будет. Хирургическая дефлорация не только облегчает угашение страха, но и позволяет мужу начать половую жизнь при ослабленной эрекции. Она может способствовать также устранению невроза ожидания у мужа, вызванного боязнью не суметь осуществить дефлорацию.

При лечении истерического вагинизма и истерических генитальгий внимание направляется главным образом на выявление психотравмирующей ситуации, делающей половую близость с данным лицом нежелательной, и либо на устранение этой ситуации, либо на изменение отношения к ней.

Это решающие моменты для достижения лечебного эффекта. Дополнительно можно прибегнуть к прямому или косвенному внушению наяву или в гипнотическом сне, а также к устранению фобии приведенным выше методом.

Почти в 100% случаев нам удалось устранить вагинизм и коитофобию в течение 1-2 недель, что позволило больным начать нормальную половую жизнь. Успех был достигнут путем сочетания психотерапии и тренировки с использованием полужестких расширителей нашей конструкции.

Основным методом лечения генитальгий является психотерапия, направленная на осознание генеза заболевания и изменение отношения к половой жизни. Весьма эффективны сеансы суггестивной терапии наряду с тренировками, во время которых либо вводятся расширители постепенно увеличивающегося диаметра, либо осуществляется постепенно усиливающееся давление рукой врача на область входа во влагалище.

Транквилизаторы несколько ослабляют чувство страха, но вместе с тем снижают и волевую активность больной, направленную на его преодоление. Не устраняют страх и большие дозы алкоголя. Циркулярное рассечение

мышц, предлагавшееся для лечения вагинизма, недопустимо так как оно травматично и не избавляет больную от страха.

При лечении вагинизма у девственницы показана хирургическая дефлорация, проводимая гинекологом с согласия супругов. Она значительно облегчает последующее лечение. Мужу она позволяет начать половую жизнь при ослабленной эрекции, а также способствует устранению у него невроза ожидания, вызванного боязнью не суметь осуществить дефлорацию. Лучше всего ее производить эластичным расширителем (№ 5 нашей конструкции), что максимально приближает ее проведение к условиям естественной дефлорации. Менее удобна дефлорация зеркалом Куско. Рассечение плевы ножом нецелесообразно, так как нередко при попытке полового акта все же возникает боль, вызванная тем, что не обеспечивается отверстие должного диаметра. После дефлорации больной тут же показывается расширитель или зеркало, которым она была дефлорирована, и убеждают ее в том, что теперь "вход свободный", и половой акт будет безболезненным.

Если больная предупреждается о том, что сейчас она будет дефлорирована хирургическим путем, она просит о даче наркоза, либо, согласившись на дефлорацию без наркоза, судорожно сжимает вход во влагалище, тем самым значительно затрудняя проведение дефлорации. Поэтому целесообразно, получив от супругов принципиальное согласие на дефлорацию, отвлечь предварительно внимание больной, например, процедурой осмотра, попросить расслабиться и без предупреждения быстро ввести расширитель или зеркало Куско, тут же их вынуть и показать больной. Обычно лишь при вагинизме П III степени приходится прибегать к наркозу или местной анестезии путем нанесения двух-трех доз 10% Аэрозоля Пидокаина. Легкое жжение появляется тут же, обезболивание через 30-60 секунд и длится 15 минут. Процедура обезболивания обычно неприятна больным вагинизмом. В редких случаях одной хирургической дефлорации достаточно для устранения вагинизма. Обычно, хотя дефлорированная больная понимает, что теперь половая жизнь будет безболезненной, страх перед половым актом и вагинизм сохраняются. Требуется специальная тренировка по методу угашения условной связи для их ликвидации. В связи с тем что больные вагинизмом очень реагируют даже на незначительные болевые ощущения, вызванные прикосновением к половым органам или попыткой полового акта, дальнейшее лечение следует проводить лишь через 3-5 дней после того, как полностью остановится кровотечение, вызванное дефлорацией.

ТЕХНИКА УГАШЕНИЯ СТРАХА. С больной проводится беседа, в ходе которой, как указывает врач, он понимает, что больная испытывает непреодолимый страх, что она пытается его преодолеть, дает себе клятвенные обязательства сегодня же начать половую жизнь с мужем, но в последний момент судорожно сжимаются ноги и больная ничего не может с собой поделать. Больную заверяют, что все равно страх будет устранен. Выясняют, была ли боль и кровь при половом акте или его попытке, какова потенция у мужа? Для ее уточнения можно взять руку больной и нажать рукой врача на ладонь с умеренной силой. Спросить, может ли муж с такой же силой оказать давление на половые органы больной? Аналогичную пробу можно провести и с мужем. Если больная не жила половой жизнью, следует спросить у супругов принципиальное согласие на медицинскую дефлорацию, если врач сочтет ее проведение необходимым.

Далее переходят к гинекологическому осмотру. Обещают прекратить его, если возникнет чувство боли. Многие больные вагинизмом никогда не обращались к гинекологу, при виде гинекологического кресла испытывают страх и отказываются от осмотра. В таком случае осмотр следует проводить на мягком диване, что не вызывает такого страха и удобнее для дальнейшего лечения, так как больше приближается к условиям сближения с мужем. Если больная резко сжимает ноги, не допуская или затрудняя осмотр, ей предлагают одетой лечь на диван, расслабить мышцы бедер, согнуть ноги в коленях и широко раздвинуть их, представлять себе обстановку сближения с мужем. Рекомендуют дома провести одетой с мужем тренировку в указанной позе, имитируя половое сближение.

Если у дефлорированной больной все же только приближение руки врача к половым органам вызывает чувство страха и мышечное напряжение, врачу рекомендуется резким движением несколько раз нажать тыльной поверхностью кисти на половые органы больной, показав ей, что такое давление безболезненно и что область эта малочувствительна. После этого смазывают вход во влагалище вазелином, осматривают его и, определив прикосновением к девственной плеве возможность свободного введения пальца, быстрым движением вводят его во влагалище. Далее, несмотря на страх и попытки больной вытолкнуть палец, удерживают его во влагалище. Убеждают больную, что ей не больно, а только страшно, и что палец останется внутри, пока страх не пройдет. Оставляют его внутри на несколько минут, сначала не двигая им, потом совершая легкие движения. Далее вынимают палец и тут же вновь и вновь вводят его. Когда больная успокоилась, предлагают ей самой себе ввести палец врача, повторить это несколько раз. Постепенно боязнь процедуры угасает (самим себе вводить палец и тем более два пальца больные вагинизмом обычно не могут, несмотря на уговоры врача).

Для дальнейшего лечения требуется специальный набор расширителей разного диаметра. С этой целью мы пытались использовать набор расширителей Гегара. Оказалось, что тяжелые, холодные металлические расширители этого набора неудобны, так как вызывают неприятные ощущения и при резких движениях, вызванных страхом, могут травмировать ткани. Наиболее удобным оказался предложенный нами набор эластичных расширителей. Он лишен вышеуказанных недостатков, не требует стерилизации для применения и в случае необходимости может быть выдан на дом больной. Применение его позволяет в большей мере моделировать введение мужского полового органа, чем расширители Гегара.

Набор состоит из расширителей пяти размеров. Каждый расширитель представляет собой жесткий (деревянный, пластмассовый) стержень цилиндрической формы со слегка закругленными кромками. У расширителя № 1 длина стержня около 90 мм, диаметр около 8 мм; у расширителя №2-5 - около 100 и 15-20 мм соответственно. Стержень со всех сторон обтянут эластичным материалом (поролоном), вследствие чего длина расширителя № 1 составляет около 120 мм, № 2-5 - 160 мм; диаметр расширителя №1 - около 13-15 мм, расширителей №2-5 соответственно около 20, 25, 30, 35-38 мм (около 12 см в окружности). Непосредственно перед применением на расширитель надевается сменная резиновая оболочка (презерватив, напальчник), не требующая дополнительной стерилизации.

После того как удалось погасить страх на введение пальца, незаметно для больной вместо пальца вводят расширитель № 1, смазанный вазелином, и предлагают его вынуть. Врач показывает больной, где у нее вход во влагалище (больные вагинизмом часто самостоятельно не могут его найти), и обучает больную вводить себе этот расширитель. На последующих сеансах вводит расширители большего размера. После того как больная становится способной ввести себе расширитель № 5, она, как правило, может начать половую жизнь с мужем. Если больная допускает только расширитель № 1 или № 2 и реагирует страхом и напряжением мышц на расширитель более крупного размера, иногда врачу целесообразно сразу ввести ей расширитель № 5, после чего расширители меньшего размера начинают входить свободно. Для ускорения процесса лечения можно предложить больной дома тренироваться с соответствующими расширителями и, в частности, несколько раз ввести себе расширитель № 4 или № 5 непосредственно перед половой близостью с мужем.

Наши наблюдения свидетельствуют о высокой эффективности предлагаемой методики. Она позволяет почти в 100% случаев вылечить больных, страдавших вагинизмом и коитофобией даже в течение десятка лет. В большинстве случаев для этого достаточно 2-6 сеансов.

При отсутствии расширителей в крайнем случае можно заменить их введением во влагалище сначала пальца врача, затем одного-двух пальцев больной, совершая ими круговые движения.

Основным методом лечения генитальгий является психотерапия, направленная на осознание генеза заболевания и изменение отношения к половой жизни. Весьма эффективны сеансы суггестивной терапии наряду с тренировками, во время которых либо вводятся расширители постепенно увеличивающегося диаметра либо осуществляется постепенно усиливающееся давление рукой врача на область входа во влагалище.

В качестве вспомогательного средства за 2-3 ч. до сеанса может быть назначена 5% совкаиновая мазь на слизистую оболочку входа во влагалище, понижающая ее чувствительность, или 10% Аэрозоль Лидокаин.

Лечение навязчивой мастурбации

Умеренная мастурбация в юношеском возрасте, а также мастурбация при вынужденном половом воздержании или дисгамии является формой саморегуляции половой функции, не относится к патологии и не нуждается в лечении.

Для успешного лечения навязчивой мастурбации у девочек большое значение имеет правильное поведение родителей. Иногда родители, обнаружив, что ребенок занимается мастурбацией, придают этому чрезмерное значение, опасаясь «страшных» последствий, начинают часами просиживать у постели ребенка, запугивать его. Вследствие этого ребенок оказывается в центре внимания окружающих, фиксирует свое внимание на мастурбаторных актах. Возникает чувство вины и одновременно желание повторять эти акты.

Все это может привести к возникновению у него невротического состояния.

Целесообразнее строго и категорически запретить ребенку трогать свои половые органы, указав, что «этого нельзя делать, это неприлично». В крайнем случае можно сказать, что это вредно, но не описывая, не конкретизируя возможные вредные последствия. Следует потребовать от ребенка, чтобы он прекратил эти действия. Далее не стоит возвращаться к этому, а постараться отвлекать внимание ребенка от возможных занятий онанизмом, загружать какими-либо видами деятельности, переключать его энергию на физкультуру и спорт, стараться, чтобы он ложился спать уставшим и в связи с этим быстро засыпал. При пробуждении требовать, чтобы он быстро, тотчас же вставал с постели. В особо упорных случаях может быть применено внушение во время гипнотического или естественного сна. Техника внушения, а также аутогенная тренировка описаны ранее (Свядощ А.М., 1971,1982).

Медикаменты, снижающие половую возбудимость, могут назначаться лишь на непродолжительное время и в небольших дозах для преодоления навязчивого влечения. Показаны они, как отмечают Д. Н. Исаев и В. Е. Коган (1979), если пациент недоступен педагогическому или психотерапевтическому воздействию. Начинать следует с препаратов более мягкого действия, без выраженного побочного эффекта. Могут быть назначены настойка валерианы 3-4 раза в день (детям по стольку капель на прием, сколько лет ребенку), а также препараты брома. Важно учесть возможность возникновения бромизма, вызывающего зуд и тем самым способствующего сохранению мастурбации. В качестве успокаивающего средства можно назначать антипирин детям 10-15 лет, разовая доза 0,25 (может вызвать крапивницу). Д. И. Исаев и В. Е. Коган рекомендуют использовать френолон при лечении мастурбации у детей младшего возраста - 1-2 мг 3 раза в сутки.

Лечение гомосексуализма

Гомосексуализм является аномалией. При этом часть больных глубоко страдают от своей патологии, чувствуют себя несчастными, становятся неустойчивыми по отношению к различным психотравмирующим воздействиям (около 25% совершают когда-либо суицидные попытки, и около 3% больных кончают жизнь самоубийством), однако значительная часть больных (по нашим данным, около 60%) не считают свое состояние противоестественным и не желают лечиться.

Каузальная терапия врожденных форм гомосексуализма пока не разработана. Для ее успеха, по-видимому, потребовалось бы научиться определять нарушения эндокринного зеркала у плода во внутриутробном периоде и устранять их.

Сейчас достигнут значительный прогресс в разработке тонких биохимических методов определения гормонов в околоплодной жидкости, и это дает надежду, что в ближайшие десятилетия удастся диагностировать гормональные нарушения у плода и тем самым предупреждать или устранять возникновение этой формы патологии.

Даже при врожденных формах гомосексуализма весьма редко встречается полная, глубокая инверсия полового влечения. Обычно имеется та или иная степень бисексуальности. Наличие сохранных (часто скрытых от самого больного) элементов здоровой половой направленности открывает широкие возможности для психического воздействия.

Успехи современной биохимии, нейрофизиологии и нейрохирургии позволяют, как будет показано ниже, искать эффективные пути непосредственного воздействия на системы мозга, определяющие направленность полового влечения не только у плода, но и у здорового человека

Ситуационно обусловленные формы гомосексуализма, в основе которых лежит возникновение патологически прочной условно-рефлекторной связи, принципиально излечимы.

Оценка эффективности терапии гомосексуализма на основании литературных данных крайне затруднена, так как она проводилась без учета клинических форм. Многие авторы отмечали, что лечение различных болезненных состояний гормонами одноименного пола, а также пересадка желез одноименного пола не ведут к изменению направленности полового влечения. Наблюдения А. М. Свядоща и Е. М. Деревинской (1967) над 8 активными и 8 пассивными гомосексуалистками показали, что изолированное применение гормонов фолликулина и метилтестостерона приводит лишь к некоторому ослаблению или усилению полового влечения, однако не меняет его направленности. Лечение в течение месяца адренокортикотропным гормоном гипофиза (АКТГ) в сочетании с кортизоном также не влияло на направленность полового влечения у женщин ни при активной, ни при пассивной формах. Однако в редких случаях гомосексуализма, обусловленного выраженными эндокринными нарушениями, применение гормонов можно считать показанным.

Кастрация, как метод лечения гомосексуализма, недопустима, хотя предлагалась некоторыми авторами. Она вызывает тяжелые общие эндокринные нарушения и либо не меняет направленности полового влечения, либо приводит к его угнетению, но не ведет к нормализации.

По данным С. W. Thompson (1949), электрошок не дает положительного эффекта при лечении гомосексуализма. Однако М. N. Owensby (1940) утверждает, что он излечил своих шестерых пациентов, в том числе одну женщину, коразоловыми шоками. Эти данные нуждаются в фактическом подтверждении. Наши наблюдения над большим количеством психически больных, леченных коразоловыми шоками и электрошоком, показали, что метод этот не влияет на направленность полового влечения.

Оценка эффективности психотерапии при гомосексуализме противоречива. Так, М. Hirschfeld (1922), W. Steckel (1922), D. Curan и D. Parr (1957) ни в одном случае гомосексуализма не наблюдали положительных результатов от ее применения. Однако, no H. Giese (1959), Германское общество глубинной психологии и психотерапии получило положительные результаты от психотерапии в 341 из 511 случаев гомосексуализма, т.е. в 67% случаев. Сам Н. Giese наблюдал выздоровление у 4 из 48 больных, у 7 результаты были сомнительными. Единичные случаи успешной гипнотерапии гомосексуализма наблюдали многие авторы, например К. И. Платонов (1962), L.Alexander (1967). По нашим наблюдениям, психотерапия более эффективна при пассивной форме женского и активной форме мужского гомосексуализма и мало эффективна при активной форме женского и пассивной форме мужского гомосексуализма.

В процессе лечения рациональная психотерапия направляется на укрепление представлений о ценности гетеросексуальной жизни, возможности избавления от инверсии полового влечения, мобилизации личности для борьбы с гомосексуальными тенденциями и т.п. С успехом может быть применено внушение наяву и в гипнотическом или наркотическом сне (наркопсихотерапия), а также самовнушение, в частности аутогенная тренировка. Внушается принадлежность к своему полу, безразличие к лицам одноименного пола, постепенное нарастание интереса к противоположному полу и желание иметь семью и детей. Проводятся 10-20 сеансов внушения. Первые сеансы проводятся ежедневно, последующие - раз в 2-3 дня. В дальнейшем для закрепления полученных результатов целесообразно проводить дополнительно 1-2 сеанса в месяц в течение года. Иногда успеха удается достичь уже после 4-8 сеансов.

Больная В., 22 лет, обратилась с жалобами невротического характера. В течение последних 4 лет поддерживала гомосексуальные отношения с подругой, играя при этом пассивную роль. Месяц назад порвала с ней отношения. Тяготится своей гомосексуальной привязанностью, считает ее постыдной, аморальной. Интереса к мужчинам не испытывает.

Проведено лечение внушением в состоянии гипнотического она. Во время первого сеанса гипнотерапии не уснула, на следующий день погружена шоковым методом в глубокий гипнотический сон (III степени по Форелю). Внушено хорошее самочувствие и амнезия гомосексуальных отношений («Не думайте!... Ушло из вашей памяти»). Внушен интерес к мужчинам.

Рассказала, что после первых сеансов наладился сон, стала спокойнее, перестала думать о своей подруге. Потом «Сочувствовала себя человеком», пробудился интерес к молодым людям. Стала обращать на них внимание на улице, в автобусе. Во время танцев возникло половое влечение к партнеру-мужчине. Проведено 10 сеансов гипнотического внушения. Через полтора месяца после начала лечения стала встречаться с молодым человеком. Через 4 месяца вступила с ним в близкие отношения, однако полового удовлетворения не испытывала. Вновь пробудилось влечение к подруге. Проведено еще 2 сеанса гипнотерапии, после чего перестала думать о подруге. Разъяснено, что девушка в начале половой жизни не испытывает полового удовлетворения - это приходит несколько позже. Рекомендовано разрешить партнеру дополнительную стимуляцию области клитора во время половой близости. Стала испытывать половое удовлетворение с молодым человеком. Вышла замуж. Ожидает ребенка. Гомосексуальных тенденций не обнаруживается.

В данном случае явления пассивной формы женского гомосексуализма были полностью устранены путем гипнотерапии. Большую роль в закреплении успеха сыграли советы, направленные на достижение половой гармонии с мужем.

Я. Г. Голанд (1968) для лечения мужского гомосексуализма предложила систему поэтапного перевоспитания личности. Лечение длится от полутора до двух лет. На первом этапе создается «сексуально-психологический

вакуум» - вырабатывается равнодушное отношение к лицам своего пола. Анализируется генез перверсии и мобилизуются усилия пациента на ее преодоление. Пациент обучается аутогенной тренировке, вызыванию состояния релаксации в различной обстановке (в поезде, трамвае). Большое значение придается сеансам самовнушения перед сном, так как в это время активируются гомосексуальные тенденции. Вводится формула самовнушения, направленная на сопротивление перверсии, предложенная самим больным. Далее ряд сеансов посвящается эстетическому восприятию женщины. Вырабатывается на основании фотографий и рисунков эталон женского красивого лица, затем обнаженного женского тела. Предлагается во время аутогенной тренировки вызывать образы женского лица, женской фигуры. Проводятся сеансы гипнотерапии, во время которых внушается потребность быть с женщиной. Разрабатывается ряд программ установления контакта с женщиной (беседа с женщиной в кино, в транспорте), преодоления чувства робости. На последнем этапе развивается эротическое отношение к женщине в терминах, предложенных самим пациентом. Положительные результаты наблюдались автором у 4 и 6 мужчин-гомосексуалистов. Метод этот применим и для лечения женского гомосексуализма.

Начиная с 1960-х годов, после публикации сборника работ «Терапия поведения и неврозы» под редакцией H. Eysenk (1966) стали применяться методы условно-рефлекторной терапии с болевым подкреплением электрическим током для лечения перверсий. Впервые эти методы были предложены В.М.Бехтеревым (1914) и Н.В.Канторовичем (1929) для лечения алкоголизма. За рубежом они получили название поведенческой терапии (бигевиор-терапии), и в частности терапии вызывания отвращения - адверзивной терапии. Методика описана нами ранее (Свядощ А. М., 1982). Методы эти нашли применение в терапии гомосексуализма (James B., 1967; Feldman M., 1968; Fischer J., Gochras H., 1977; и др.).

По аналогии с условно-рефлекторным методом лечения алкоголизма нами была рекомендована условно-рефлекторная терапия гомосексуализма. Для этой цели может быть использован 1%-ный или 0,5%-ный свежеприготовленный раствор гипохлорида апоморфина. Апоморфин вызывает через 5-10 минут после подкожного введения чувство тошноты, сопровождающееся сердцебиением и легкой одышкой, и рвоту вследствие возбуждения рвотного центра. Механизм действия апоморфина больному не раскрывают. Ему указывают, что будет дано лекарство, которое устраняет гомосексуальное влечение. Все представления, связанные с объектом гомосексуальной привязанности, а также гомосексуальными актами станут противными. Первоначально вводят 0,1-0,3 мл 1% раствора апоморфина. Через 3-4 минуты больному внушают безразличие к гомосексуальному

партнеру и гомосексуальным актам и предлагают смотреть на фотографию объекта его гомосексуальной привязанности или вызывать у себя представления о гомосексуальных отношениях. Возникающее чувство тошноты и рвота, вызванные апоморфином, постепенно ассоциируются с гомосексуальными представлениями, в связи с чем последние приобретают отрицательную окраску. Если первоначальная доза апоморфина не вызвала тошноты или рвоты, то в следующий раз она увеличивается на 0,1 мл. Превышать дозу 0,5 мл 1%-ного раствора не рекомендуется. Курс лечения - 10-20 сеансов, первоначально по одному сеансу ежедневно, в дальнейшем - через день. Лечение апоморфином проводится до обеда или через два - два с половиной часа после приема пищи. После 12-15 инъекций апоморфин можно заменить физиологическим раствором. Апоморфино-терапию желательно сочетать с внушением наяву или в гипнотическом сне первоначально безразличия, а затем и отвращения к гомосексуальному партнеру и гомосексуальным актам. Указанный метод с успехом был применен нами для устранения гомосексуальной привязанности у активного гомосексуалиста. Эффект был временным.
Противопоказаниями к лечению апоморфином служат состояния декомпенсации сердечной деятельности, выраженные формы стенокардии, артериальная гипотония, язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, бронхиальная астма, активные формы туберкулеза легких, состояния после тяжелых черепно-мозговых травм, склонность к обморокам, а также преклонный возраст (старше 60-65 лет).

В 1956 и 1957 гг. А. М. Свядощем и Е. М. Деревинской была предпринята попытка лечения гомосексуализма нейролептиками. С этой целью больным ежедневно давалось 150-200 мг аминазина в течение месяца. Лечение, помимо общей заторможенности и сонливости, вызывало резкое угнетение полового влечения и прекращение гомосексуальной активности, однако после окончания приема аминазина последняя возобновлялась. Проведенный курс не повлиял на направленность полового влечения.

Исходя из того, что аминазин вызывает временное резкое угнетение полового влечения с утратой гомосексуальных интересов, но не ведет к возникновению новых гетеросексуальных связей, и что формированию и укреплению последних может помочь психотерапия, А. М. Свядощ совместно с Е. М. Деревинской разработали метод фармакопсихотерапии гомосексуализма. При этом методе больной вначале назначают аминазин или тиоридазин (меллерил или сонапакс), тем самым достигается ослабление силы полового влечения, а также прекращение гомосексуальной практики. На этом фоне путем внушения и убеждения пытаются затормозить старые и выработать новые гетеросексуальные условные связи, после чего аминазин постепенно отменяют. Если больная отмечает, что с уменьшением дозы аминазина у нее вновь появились гомосексуальные интересы (вле-

чение к лицам одноименного пола, сновидения гомосексуального содержания), дозу повышают до устранения этих интересов и поддерживают в течение 3-4 недель, после чего вновь постепенно снижают.

Первоначально дают по 25 мг аминазина 2 раза в сутки. После приема больные отмечают некоторую вялость, легкую сонливость. Постепенно (по 25 мг в сутки) дозу аминазина повышают, пока больная не отметит угнетения полового влечения. Обычно это бывает при 50-100, реже 150 мг аминазина. Тогда помимо психотерапевтических бесед проводят сеансы внушения наяву, во время которых внушается сначала полное безразличие к партнерше, а затем и отвращение к гомосексуальной активности. Больной внушается, что, когда появится половое влечение, она почувствует все больший и больший интерес к мужчинам, начнет думать о них, о семейном счастье, что ей будет приятно находиться в мужском обществе, ходить под руку с мужчиной, ходить с ним в театр, в кино, в гости, танцевать. Захочется иметь детей, быть матерью, что она очень любит детей. Сеансы внушения проводят в течение 10 дней. Обычно в это время больные отмечают, что полового влечения они не испытывают, но что им все больше и больше хочется начать нормальную половую жизнь, стать нормальными людьми.

Затем врач говорит, что старого пути к женщине не существует, что он засыпан, что она о нем не думает, не вспоминает, что старые подруги ей безразличны, половые отношения с женщиной неприятны, противны. Теперь, когда появится желание, она почувствует, что ее тянет к мужчине. Дозу аминазина при этом уменьшают в 2 раза и на 1-2 дня прерывают дачу аминазина для того, чтобы у больной появилось легкое, нерезко выраженное половое влечение. В таком состоянии проводится еще 10 сеансов, во время которых внушается интерес к мужчинам, рисуется перспектива нормальной гетеросексуальной жизни, возможность создания семьи. Если больная достаточно хорошо поддается гипнозу, проводятся сеансы гипнотического внушения, направленные на укрепление гетеросексуальной установки. Затем аминазин полностью отменяют и проводят лишь поддерживающую психотерапию. Если больная отмечает возобновление гомосексуальных тенденций, ей снова назначают поддерживающие дозы аминазина, причем продолжают психотерапевтическое воздействие.

Предложенный нами фармакотерапевтический метод был применен для лечения 8 гомосексуалисток - 4 активных и 4 пассивных. (Положительные результаты в виде временного ослабления гомосексуальной направленности полового влечения получены у 3 пассивных и одной активной). Этот метод применим также и для лечения гомосексуализма у мужчин.

В годы широкого внедрения лобной лейкотомии в психиатрическую практику были предприняты попытки лечения этим хирургическим методом и гомосексуализма. Оказалось, что сама по себе эта операция не влияет

на направленность полового влечения и не устраняет его инверсии E.Spiegel, H.Wycis и H.Freed в 1956 г. перерезали кортико-таламические связи, сделав такую операцию женщине с явлениями гомосексуализма. Добиться изменения направленности полового влечения им не удалось.

В 1955 г. H. Spatz и его ученик указали на роль tuber cinereum в регуляции сексуальных функций. В 1957 г. L. Schreiner и A. Kling на международном неврологическом конгрессе в Брюсселе показали фильм, демонстрировавший нарушение полового влечения (возникновение гомосексуальности) у кошек и обезьян при повреждении миндалевидной и грушевидной коры головного мозга. Исходя из этого, F. Roeder и D. Muller в 1969 г. разработали стереотаксический метод лечения гомосексуализма и прооперировали 2 больных. Первый больной, 52 лет, неоднократно судился за развратные действия с малолетними. В 1962 г. была проведена операция правостороннего разрушения nucleus hipothalamicus ventromedials. Патологическое влечение исчезло. После операции возникло легкое ослабление зрительных представлений.

Второй больной, 36 лет, активный гомосексуалист с влечением к перемене партнеров, в год вступал в половые связи примерно с 15 юношами. В 1968 г. ему проведена операция правосторонней гипоталамотомии -4 электрокоагуляции правого nucleus ventromedialis. После операции исчезли половое влечение к мальчикам и чувство отвращения к женщинам.

Оба оперированных - активные гомосексуалисты, «стесняющиеся» женщин. Операция на *центрах полового поведения* (одностороннее разрушение nucleus hipotalamicus ventromedialis) вызвала у них общее ослабление полового влечения, не устранявшегося гормональной терапией; при этом функция половых желез осталась нормальной. После операции не возникло расстройств настроения, снижения энергетического потенциала и инициативы, а также интеллектуально-мнестических нарушений. Однако эти операции являются технически сложными и таят в себе опасность тяжелых осложнений. Указаний на их применение для лечения наиболее трудно поддающихся форм гомосексуализма - пассивной у мужчин и активной у женщин - мы не встретили.

G. Dorner с сотр. (1972) показал, что у взрослых крыс имплантацией тестостерона в передний гипоталамус можно усилить мужское, и в центральный - женское половое поведение. Это открывает возможности еще одного направления в поиске путей лечения гомосексуализма.

В последние годы для снижения полового влечения в случае гомосексуализма, педофилии, эксгибиционизма стали применять в качестве симптоматического средства вещества, тормозящие выработку андрогенов (антиандрогены) - ципротерон-ацетат (в дозах от 25-50 мг до 100-300 мг), метилестреналон и др. Эффект оказался временным. Среди побочных

явлений наблюдались головокружения, головные боли, потливость. У женщин, кроме того, - аменорея или кровотечения (Rothshild B., 1970).

Ослаблению гомосексуального полового влечения у мужчин способствуют эстрогены. Например, стильбэстрол в течение 2 недель по 5-10 мг/сутки (Исаев Д. И., Каплан В. Е., 1979) или, по нашим данным, микрофоллин форте по 3 табл. в день в течение 2-3 недель может затормозить сексуальные проявления у мужчины на несколько месяцев. Однако он на это время становится неспособным и к половой жизни с женщиной. При длительном же приеме развивается феминизация.

Лечение прочих перверсий

Лечение таких перверсий, как садизм, мазохизм, фетишизм, вуайеризм, эксгибиционизм, трансвестизм, педофилия, геронтофилия, инцестофияия и зоофилия, строится по тем же принципам, что и лечение навязчивых состояний у больных неврозами (Свядощ А. М., 1982). Оно направлено на выявление и устранение зафиксировавшейся патологической условно-рефлекторной связи, лежащей в основе этих перверсий.

Могут быть рекомендованы внушение в гипнотическом или легком наркотическом сне, а также аутогенная тренировка с самовнушением безразличия к объекту перверсии и методы терапии поведения (бигевиор-терапия).

Для временного снижения силы полового влечения назначают аминазин или тиоридазин (Свядощ А. М., 1974) и на их фоне проводят психотерапию. С.И.Маркович, 3. Е. Анисимова и Ю.П.Жданов (1984) для купирования извращения сексуальной активности применяли в стационарных и амбулаторных условиях меллерил (тиоридазин). Начальная доза препарата была 25-30 мг/сут с последующим увеличением (25 мг) меллерила через день. Для быстрого купирования перверсии дозу меллерила увеличивали ежедневно на 50-75 мг. Максимальные терапевтические дозы составляли 125-250 мг/сут, оптимальные поддерживающие - 75-150 мг/сут. Полное подавление полового влечения наступало на 2-4-й неделе лечения. В последующем дозу меллерила снижали на 10-20 мг через день до достижения оптимальной поддерживающей дозы. При этом прием утренней и вечерней дозы был одинаковым, а дневной - на 20-30 мг меньше. Авторы отмечают, что больные легко переносили назначенное лечение, могли свободно работать, побочных явлений не возникало.

Лечение внушением можно сочетать с условно-рефлекторной терапией апоморфином аналогично тому, как это было описано при лечении гомосексуализма. Ph.Snaith, S.Collins (1981) наблюдали положительные результаты от применения антидепрессантов (имипрамина) в 5 случаях эксгибиционизма

ГЛАВА VII
ПОЛОВАЯ ГИГИЕНА И ПСИХОПРОФИЛАКТИКА ПОЛОВЫХ РАССТРОЙСТВ

Половая гигиена

Научные основы половой гигиены до сего времени все еще мало разработаны. Приводимые в литературе гигиенические рекомендации часто основывались не на твердо установленных фактах, а лишь на традиционных воззрениях, возникающих под влиянием моральных, этических и порой даже суеверных представлений.

Достаточно вспомнить обрезание малых губ и клитора у девочек, совершавшееся у некоторых народов, якобы по гигиеническим соображениям.

Весьма характерна в этом отношении и, якобы гигиеническая, оценка мастурбации - от признания ее крайне вредной (раньше) до признания безвредной и даже полезной при вынужденном половом воздержании (по мнению современных сексологов).

Много неясного остается в вопросе о гигиеническом значении возраста, в котором начинается половая жизнь. Ван-дер-Вельде еще в начале нашего столетия нередко наблюдал во дворах Гарлема детей 5-8 лет, совершавших половой акт под одобрительные возгласы прохожих. В течение своей многомиллионной истории люди начинали половую жизнь довольно рано.

В Индии браки разрешались с 8-летнего возраста, однако вступление в брак детей часто носило лишь характер помолвки - супруги еще годами продолжали жить раздельно, каждый у своих родителей. В литературе имеются указания, что дети, вступающие в брак, выглядят хилыми, болезненными. Такие ранние браки недопустимы с гигиенической точки зрения. В то же время имеются отдельные наблюдения, в том числе и наши, указывающие, что даже рано начатая половая жизнь не ведет в дальнейшем к каким-либо нарушениям здоровья. Приводим данные R. Klimmer (1958) об установленном брачном возрасте в разных странах.

Для женщин: 12 лет - в Испании и ряде стран Центральной и Южной Америки; 14 лет - в Италии, Австрии; 16 лет - в Англии, ФРГ, Румынии; 17 лет - в Греции, Финляндии; 18 лет - в СССР, Венгрии, Болгарии, Чехо-Словакии, Китае, Вьетнаме.

Для мужчин: 16 лет - в Италии, Испании, Англии; 18 лет - в СССР, странах народной демократии, Франции; 20 лет - Китае, Вьетнаме; 21 год - ФРГ, Польше.

В США - в различных штатах брачный возраст колеблется для женщин от 14 до 18 лет, для мужчин - от 15 лет до 21 года. В 80-х годах в ряде стран он повышен для женщин на 2 года.

Считается, что половое созревание у южанок в среднем наступает раньше, чем у северянок, однако брачный возраст во многих странах, как видно из приведенных данных, устанавливался главным образом, исходя из национальных традиций и социальных соображений. Например, в нашем обществе девушки и юноши 14—15 лет, как правило, обучающиеся в школе, в социальном отношении еще не созрели для того, чтобы образовать семью. Беременность и роды в возрасте 12-16 лет представляют угрозу здоровью, а подчас и жизни юной матери и ее ребенку (Абрамченко В. В., 1983). Особенно благоприятно протекает беременность в возрасте 20-30 лет.

Половая жизнь оказывает влияние не только на физическое, но и на моральное состояние человека, на формирование его этических и нравственных устоев, направленность интересов, т.е. на формирование его личности. Ранняя внебрачная половая связь может явиться источником тяжелых психотравмирующих переживаний, вести к социальному оскудению личности. В Советском Союзе половое сношение с лицом, не достигшим половой зрелости, уголовно наказуемо.

Не существует единой нормы частоты половой жизни. Нормальная половая способность как мужчины, так и женщины подвержена значительным возрастным и индивидуальным колебаниям. Так, по A. Kinsey, частота половых актов у мужчин до 30 лет составляет в среднем 3, 2 раза в неделю, после 30 лет - 2,2, и в 60 лет - 0,8 раза. Среди 60-летних мужчин 96% способны к половой жизни. Половая жизнь женщины определяется во многом половой активностью мужчины. У женщин, вышедших замуж в возрасте 16-20 лет, частота половых актов в начале супружества составляла в среднем 2,8 раза, в 30 лет - 2,2, в 40 лет - 1,5, в 50 лет -1 и в 60 лет - 0,6 раза в неделю. Ежедневно или чаще жили половой жизнью в 16-20 лет - 14%, в 30 лет - 5%, в 40 лет - 3% замужних женщин; встречаются пары, которые и в 40 лет совершают половые акты по 4 раза в сутки.

По мнению H. Schulz-Henke (1950), нормальная частота половых сношений у мужчины колеблется между тремя актами в день и одним в месяц, у женщины - между одним актом в день и одним в 2-3 месяца. По Г. С. Васильченко (1977), частота половых актов в 20-40 лет составляет у мужчин - 3-4 раза, в 50 лет - 2 раза, в 60 лет - один раз, в 70 лет - реже одного раза в неделю.

По нашим данным, в возрасте между 30 и 45 годами большинство супружеских пар совершают 2-3 акта в неделю. Если молодой человек способен жить половой жизнью раз в неделю, а тем более чаще, мы считаем, что у него нормальная половая способность. Многие молодые семейные пары иногда практикуют повторные половые акты, в первый

месяц брака имеют половые сношения почти ежедневно, в последующие 2-3 месяца - 3-4 раза в неделю, а в последующие годы - 2-3 раза в неделю или несколько реже, после 60 лет - 1-2 раза в 2 недели.

Если половая жизнь не вызывает чувства усталости, разбитости, недовольства, если в течение всего дня люди остаются бодрыми, веселыми то, очевидно, что они не допускают половых излишеств. Если эрекция наступает без искусственного механического возбуждения половых органов, она является в полной мере физиологичной. С гигиенической точки зрения некоторые сексологи считают нежелательными повторные половые акты в течение ночи. Супругам рекомендуется проводить сношения так, чтобы женщина получала удовлетворение при первом же половом акте. Нежелательно также чрезмерное затягивание полового акта, так как это может вести к развитию застойных явлений в малом тазе, способствующих возникновению нарушения функции половых органов.

Половое сближение может проводиться в любое время суток. Большинство семейных пар предпочитают вечернее время, перед сном; если же мужчина или женщина очень устали за день - сближение ранним утром. С успехом могут быть использованы в этих случаях утренние эрекции, обычно достаточно выраженные и у астенизированных мужчин, переутомляющихся на работе.

Во время месячных некоторые женщины весьма возбуждены в половом отношении, в связи с чем продолжают половую жизнь и в такие дни. Этого не рекомендуется делать не только по эстетическим соображениям, но и потому, что появляется возможность занесения инфекции в половые органы женщины. Не рекомендуется также жить половой жизнью в первые два месяца беременности, так как это может спровоцировать выкидыш. Не разрешаются половые сношения и в последние два месяца беременности.

Влияние длительного полового воздержания на здоровье еще не раскрыто до конца. Считается, что половое воздержание как мужчины, так и женщины в юношеском возрасте безвредно. Имеющийся у человека механизм саморегуляции половой функции облегчает его.

Так, при более или менее длительном половом воздержании как у мужчины, так и у женщины могут быть эротические сновидения, а также поллюции. У мужчины при этом возникает эрекция полового члена и эякуляция. У женщины может иметь место выделение секрета бартолиновых желез, транссудата сосудистых сплетений вокруг влагалища и, наконец, возникновение оргазма со всеми характерными для этого особенностями (ритмическими сокращениями стенок влагалища и т.п.). В зависимости от фазы сна эротические сновидения могут либо сохраняться, либо не сохраняться в памяти при пробуждении. У молодых людей, не живущих половой жизнью, поллюции бывают обычно от нескольких раз в неделю до одной в 1-2 недели, у людей зрелого возраста - реже. По A. Kinsey, сновидения

с оргазмом встречаются у 37% женщин, по данным нашей сотрудницы 3. В. Рожановской, - у 22,2%, причем эротические сновидения без оргазма нзблюдались у 48% женщин. В то время как у мужчин поллюции обычно возникают в юношеском возрасте, у женщин эротические сновидения чаще всего наблюдаются в более зрелые годы, когда усилившееся половое влечение не получает достаточной разрядки.

У мужчины имеются еще и другие механизмы саморегуляции половой функции. Так, по Н.А.Белову (1912), если мужчина некоторое время не живет половой жизнью, то нередко у него отмечается ослабление полового влечения, и, наоборот, если он возобновляет половую жизнь, влечение усиливается. Это, казалось бы, парадоксальное явление, вероятно, объясняется тем, что при частых половых актах вместе с эякулятом выбрасывается много секрета предстательной железы и лишь небольшое его количество всасывается в кровь. Уменьшение поступления секрета простаты в кровь возбуждает секрецию яичек, гормоны которых и активируют половое влечение. Наоборот, чем реже совершаются половые акты, тем иногда реже становится потребность в них, так как секрет предстательной железы обильно поступает в кровь и тормозит деятельность яичек. И. Ф. Юнда (1981) ставит существование такого механизма под сомнение.

Мы наблюдали ряд мужчин в возрасте около 40 лет и старше, которые обращались с жалобами на импотенцию после того, как они вынуждены были по каким-либо причинам в течение нескольких лет воздерживаться от половой жизни. Это подтверждается многими сексологами. Во всех наших наблюдениях мужчины не занимались мастурбацией в период воздержания. Есть основания полагать, что длительное вынужденное половое воздержание у мужчин, особенно после 40-45 лет, может иногда вести к ослаблению половой функции (абстинентной импотенции). Периодические мастурбаторные акты при наличии естественно возникшей эрекции, по всей вероятности, могут в этих случаях иметь профилактическое значение.

О влиянии полового воздержания на здоровье женщины в общем мало что известно, хотя вынужденное половое воздержание у женщин встречается весьма часто. Не все женщины его одинаково легко переносят. Так, по нашим данным, из 100 молодых женщин, состоящих в браке не менее 5 лет, три ответили, что они легко могут переносить половое воздержание до 3 дней, 9 - до одной недели, 36 - до месяца, остальные - свыше месяца. Несомненно, что многими женщинами со слабым половым влечением длительное половое воздержание переносится легко и не оказывает заметного влияния на их здоровье. Может ли оно вести к угасанию полового влечения или развитию аноргазмии - неясно. В нашей практике, а также в литературе подобные случаи не встречались. Полагаем, что это маловероятно.

Мы наблюдали ряд женщин с функциональными нарушениями, никогда не испытывавших оргазма во время половой жизни и считавших себя

в половом отношении холодными, которые в действительности обладали нормальной половой способностью. Устранение у них аноргазмии приводило к избавлению и от функциональных расстройств. Несомненно, что во многих случаях для здоровья женщины важно, чтобы она получала половую разрядку (переживала чувство оргазма) независимо от того, какими формами полового контакта этот оргазм вызван.

С целью предохранения от беременности довольно широко распространено применение прерванного полового акта (coitus interrupts). В этих случаях мужчина, чувствуя приближение оргазма, прерывает половой акт и эякуляция у него происходит вне половых органов женщины. Такой метод предохранения от беременности требует известного нервного напряжения со стороны мужчины и, кроме того, не дает ему полного физического удовлетворения. Детумесценция половых органов у него при этом совершается более медленно, чем тогда, когда половой акт завершается естественным путем. Отсюда возможно возникновение застойных явлений в половых органах, что нежелательно. Если женщина фригидна, то прерванный половой акт для нее довольно безразличен. Если же не фригидна, но оргазм у нее наступает до того, как мужчина прервал половой акт, это также мало сказывается на ее состоянии. Однако чаще всего женщина при такой форме полового предохранения остается, как указывалось, в состоянии фрустрации. Еще S. Freud обращал внимание на то, что прерванное совокупление - одна из самых частых причин возникновения невротических страхов. Эту форму предохранения от беременности нельзя считать рациональной.

Психопрофилактика половых нарушений

Для профилактики половых нарушений большое значение имеет правильное половое воспитание. Оно неотделимо от общего развития личности и ставит своей целью привитие норм полового поведения, подчиняющихся нормам морали общества, в котором человек растет и воспитывается.

Половое воспитание начинается с детского возраста. Не следует давать ребенку каких-либо разъяснений по вопросу рождения человека до тех пор, пока он сам не спросит. Если же он задаст такой вопрос, давать разъяснение нужно правильно, хотя и в доступной для ребенка форме. У большинства детей такие вопросы возникают в возрасте от 3 до 6 лет. После 6 лет ребенок, не обращавшийся за разъяснением к родителям, обычно успевает его получить со стороны, причем нередко в форме, оказывающей вредное влияние на его последующую жизнь. Не следует также замалчивать эту тему, нужно вести себя так, чтобы у ребенка возникло свободное, естественное отношение к ней.

С точки зрения профилактики гомосексуализма важно с детства развивать у человека представление о принадлежности к своему полу, при этом у мальчика развивать мужские, у девочки - женские черты характера. Например, мальчику следует внушать: «Ты мальчик, а мальчики не плачут!». Девочке нужно прививать интерес к женским занятиям (шитью, приготовлению пищи и т.п.), подчеркивать, что ей идут косички, бантики, юбочка («Это носят только девочки, это очень красиво, очень идет!»). С этой же точки зрения нежелательно чрезмерно восставать против применения девушками косметики, маникюра, подавлять любовь к женским украшениям. Мальчика желательно привлекать к работе отца, девочку - к работе матери. Однако не следует утрировать. Ничего страшного, если один раз мальчик проявит интерес к кукле или захочет помочь маме гладить белье. Важно, чтобы родители - мать и отец - каждый выполнял свою женскую и мужскую работу. Дети должны видеть, что есть разница между мужской и женской работой, но не должно создаваться впечатления, что мир разделен на два враждебных лагеря - мужской и женский. Плохо, если родители держатся дома обособленно, - отец только читает газету и смотрит телевизор, а мать выполняет всю домашнюю работу. Важно, чтобы они выполняли и некоторые совместные работы. Счастливый брак, хорошие теплые отношения между супругами имеют большое значение для профилактики гомосексуализма у детей. Если отца нет в семье, важен его образ, создаваемый матерью или близкими.

Хорошо, если мать может в присутствии дочери похвалить новый туалет отца и проявить к нему нежность, так же как отец - сделать это по отношению к матери при сыне. Неплохо, если мать скажет дочери: «Посмотри, вон какой интересный молодой человек». Желательно прививать взгляд на отношения между полами как простые, естественные. Если дочь заходит в комнату в то время, когда отец одевается, хорошо сказать: «Надо постучать в дверь, прежде чем входить. Видишь - мужчина одевается». Однако не следует вызывать чрезмерную реакцию стыда. Представления о теле должны быть естественными (Wyden P. B., 1969).

Там, где возникают опасения, что возрастная реакция на противоположный пол у девочки выражена недостаточно, следует избегать чрезмерно нежного отношения со стороны матери (или старшей сестры, тети), ласк, поцелуев и, наоборот, усиливать нежные отношения со стороны членов семьи мужского пола. Желательно с детства прививать девочке установку, что когда она вырастет, то выйдет замуж и у нее будут семья и дети.

Нежелательна чрезмерная реакция родителей на сексуальные игры девочек с мальчиками, приводящая к полному запрету контакта с мальчиками, и в дальнейшем - запугивание возможностью забеременеть. Важно не допускать совращения детей и подростков старшими лицами,

предотвращать то, что может этому способствовать. Так, не рекомендуется спать в одной постели младшим детям со старшими и взрослыми одноименного пола. Следует ограждать девушек от подруг, проявляющих к ним чрезмерную нежность, не допускать строгой изоляции от лиц противоположного пола и не подавлять естественный интерес к ним. Если семейная жизнь родителей сложилась неудачно, например, из-за пьянства и грубости мужа, не следует в присутствии девочки говорить о том, что лучше вообще не выходить замуж, что «все мужчины - мерзавцы». Желательно рассказать о счастливых семьях и выразить уверенность, что дочь, когда вырастет, выйдет замуж удачно.

С целью профилактики врожденных форм гомосексуализма беременным женщинам (особенно на IV-VI месяцах) желательно избегать нейролептических средств, а также гормональных препаратов.

Правильное полоролевое воспитание, отмечает Г. С. Васильченко (1983), должно быть направлено на ознакомление детей с половыми различиями. Между тем, как правило, в дошкольных учреждениях основные коллективные игры (в "космонавтов", "машинистов", "строителей" и т.п.) проводятся без учета пола детей, а в школах предпочитают женоподобное поведение у мальчиков и мужеподобное у девочек. Любые проявления мужественности у мальчиков подавляются. "Бесполое" воспитание школьников проявляется в том, что нередко девочки и мальчики на равных моют полы и поливают цветы, учатся шить, вязать, мастерить и т.п.

Много ценного в плане полоролевого воспитания могут дать художественные произведения и кинофильмы.

Для предупреждения мастурбации у детей следует избегать всего того, что может вызвать раздражение половых органов. Сюда относятся плотно прилегающие скользящие складки нижнего белья, давление на половые органы при катании ребенка на седле велосипеда, неправильное подмывание и подтирание, излишнее прикосновение к его наружным половым органам. Важно своевременно обнаружить появление остриц у девочек, не допускать возникновения зуда половых органов. Нежелательно, чтобы ребенок спал на излишне мягкой постели, долго лежал в кровати после пробуждения или перед сном. Многие матери предпочитают, чтобы ребенок, засыпая в постели, держал руки на одеяле, а не под одеялом. Физкультура и спорт, постоянная занятость ребенка, труд и развлечения имеют большое значение и для профилактики мастурбации. Случаи широкого распространения мастурбации на основе взаимного подражания встречаются лишь в тех детских учреждениях, в которых дети предоставлены сами себе, ничем не заняты.

С точки зрения профилактики аноргазмии желательно, чтобы в процессе воспитания возникли простые естественные отношения к проблемам взаимоотношения полов, половой жизни. Не следует прививать взгляд на

половую жизнь как на нечто грязное, аморальное, греховное, унижающее «настоящую чистую любовь». Это может привести к некоторой задержке развития полового чувства. Так, по A. Kinsey (1954), у ревностных католичек, получивших строгое религиозное воспитание, оргазм возникал в течение первого года половой жизни несколько реже, чем у остальных, после чего частота его в обеих группах выравнивалась.

Неверные представления о строении женских половых органов и о дефлорации могут вести к возникновению страха перед дефлорацией и способствовать развитию вагинизма. Так, одна наша больная, 24 лет, полагала, что при половом акте мужской половой орган должен проникнуть в мочеиспускательный канал, и недоумевала, как он может поместиться в столь узком отверстии. Другая, имевшая очень смутное представление о мужских половых органах, в первую брачную ночь, внезапно увидев возбужденный половой орган мужа, в ужасе забилась в угол комнаты. Далее в течение года не допускала половой близости с мужем, пока мы не устранили страх. Половая непросвещенность другого рода, порождающая ожидание от первого полового акта чего-то необычного и фантастически прекрасного, может, в свою очередь, вызвать разочарование и на некоторое время затормозить наступление оргазма.

Нередко, как указывалось при рассмотрении вагинизма и виргогамий, супруги, не имевшие опыта половой жизни, не могут ее начать, гак как муж не находит вход во влагалище и прижимает мягкие ткани половых органов жены к лобковой кости. Это вызывает у нее резкую боль, и после нескольких неудачных попыток может возникнуть коитофобия и вагинизм, а у мужа - представление о том, что у него, якобы, недостаточная эрекция. Чаще всего эти трудности возникают при низком расположении промежности у девушки и неадекватной позиции полового сближения. В этих случаях, если девушка находится в позе на спине со слегка согнутыми коленями или вытянутыми ногами, дефлорация крайне затруднена; при этом рекомендуется поза на. спине с коленями, раздвинутыми и резко подтянутыми к грудной клетке. Могут встречаться и другие особенности топографии женских половых органов, относящиеся к вариантам нормы, однако затрудняющие половое сближение. В этих случаях показана индивидуальная медицинская консультация (см. лечение вагинизма).

Незнание особенностей строения девственной плевы может стать источником тяжелых психотравмирующих переживаний у девственницы, вызванных тем, что во время первой брачной ночи нет ожидаемой боли и крови. Это бывает, как указывалось, если разрыв пришелся на участок плевы, слабо снабженный кровеносными сосудами и нервными окончаниями, или если плева легко растяжима и впускает половой орган без разрыва.

Для профилактики аноргазмии недостаточно общих сведений о строении половых органов и биологии зачатия. Важно знакомство с элементарной физиологией полового акта, путями достижения половой гармонии. Просвещение лиц, готовящихся вступить в брак и не имеющих опыта половой жизни, требует большого такта, чтобы не задеть естественного чувства стыдливости и не лишить девушку чистоты, некоторой наивности, но в то же время правильно подготовить ее к предстоящему. Не меньшее значение имеет это просвещение и для жениха. Оно должно строиться так, чтобы не допускать ятрогении, не порождать у него тревоги и опасений неудачи, однако снабдить его необходимыми сведениями.

Для подготовки вступающих в брак, а также молодоженов много ценного может дать организация консультаций по вопросам семейной жизни. Такая консультация в 1971 г. открыта в Ленинграде при Сексологическом центре (А. М. Свядощ). В загсах за 1-2 месяца до бракосочетания (при подаче заявления о регистрации брака) жениху и невесте вручается приглашение посетить эту консультацию и прослушать цикл из двух лекций. Первая трехчасовая лекция раскрывает культуру и красоту чувств (в ней говорится о задачах брака, о высоком чувстве любви, о взаимоотношениях супругов в семье, отношениях с родителями, распределении бюджета и т.п.), вторая - гигиену половой жизни. Вторую лекцию для мужчин и женщин читают раздельно. Помимо лекций, проводятся индивидуальные консультации для мужчин и женщин по психологическим и сексуальным проблемам, возникающим в браке, половым расстройствам и бездетности. Консультации анонимны. Для них не требуется каких-либо документов или направлений.

Удовлетворение половой жизнью в браке имеет большое значение для достижения семейного счастья, однако само по себе не может его обеспечить. Так, по данным Hanna Malewska, из числа женщин, испытавших «высокую или очень высокую степень полового удовлетворения», считают свой брак счастливым или очень счастливым - 79%, «обычным» - 16% и несчастливым - 5%; среди женщин, испытавших «низкую или очень низкую степень полового удовлетворения», находили брак счастливым или очень счастливым - 35%, «обычным» - 43% и несчастливым - 21%. Иначе говоря, «счастливые» браки встречались в первом случае в 2 раза чаще, а «несчастливые» - в 4 раза реже, чем во втором. При этом можно отметить, что 36% женщин, не испытывавших удовлетворения при половой близости, тем не менее находили свой брак счастливым, а некоторые (6,8%) даже очень счастливым.

Из числа женщин, опрошенных в Ленинграде С. И. Голодом, 22,8% отметили, что, по их мнению, супругов больше всего связывает общность интересов, 22,8% - физическая близость, 23,3% - привычка друг к другу, 10,1% - супружеский долг, 9% - назвали различные другие мотивы. Таким образом, большинство женщин придавали первостепенное значение интеллектуальным и моральным ценностям в браке. Счастье может принести только гармоничное сочетание духовной и половой жизни, при котором половая близость - лишь кульминационный момент в возникших межличностных отношениях.

КРАТКИЙ СЛОВАРЬ ТЕРМИНОВ

Алибидемия отсутствие полового влечения.
Альгия боль.
Аменорея отсутствие менструаций в течение 6 месяцев и более.
Анамнез совокупность сведений о больном и его заболевании, полученных при опросе.
Андрогены мужские половые гормоны.
Анестезия 1) отсутствие чувствительности; 2) обезболивание.
Аноргазмия отсутствие оргазма при половой жизни.
Ареактивность отсутствие реакции, нечувствительность.
Астения бессилие, слабость, повышенная утомляемость.
Аутотренинг аутогенная тренировка, метод самовнушения.
Аутоэротизм направленность полового влечения на самого себя.
Бигевиор-терапия терапия поведения: группа методов условно-рефлекторной терапии.
Бисексуальноoть наличие полового влечения к лицам обоего пола.
Вагинизм рефлекторное сокращение мышц преддверия влагалища и тазового дна, затрудняющее половое сношение или гинекологические исследования.
Виргогамия девственный брак: брак, при котором супруги длительно (месяцы или годы) не могут начать половую жизнь.
Верилизация появление у женщины мужеподобных черт, вызванное действием андрогенов.
Вуайеризм вид полового извращения: влечение к созерцанию полового акта или обнаженных половых органов.
Вульва наружные половые органы женщины.
Гармония сексуальная половая жизнь, доставляющая удовлетворение обоим партнерам.
Ген (ы) структурная и функциональная единица наследственности, передатчик наследственного признака.
Генез происхождение, развитие.
Генетический наследственный.
Гениталии половые органы.
Генитальгии болезненные ощущения в области половых органов.
Геронтофилия половое извращение: сексуальное влечение к лицам старческого возраста.

Гетеросексуальность половое влечение к лицам противоположного пола.
Гиперпотенцемия повышенная половая способность.
Гиперсексуальность повышенное половое влечение.
Гипогонадизм пониженная секреция половых гормонов, ведущая к недоразвитию половых органов и вторичных половых признаков.
Гипоталамус отдел промежуточного головного мозга, регулирующий деятельность гипофиза, обмен веществ, сердечно-сосудистую, половую, пищеварительную и другие системы.
Гипофиз придаток мозга: железа внутренней секреции, расположенная в полости черепа; вырабатывает ряд пептидных гормонов, регулирует деятельность других желез внутренней секреции.
Гипофункция пониженная функция.
Гомосексуализм половое извращение: сексуальное влечение к лицам своего пола.
Гормоны биологически активные вещества, выделяемые железами внутренней секреции.
Девиации половые отклонения от общепринятых в данном обществе форм полового поведения.
Детумесценция уменьшение кровенаполнения половых органов.
Дефлорация нарушение целости девственной плевы.
Диапазон приемлемости совокупность форм сексуального поведения при интимной близости, не порождающего у партнеров негативной эмоциональной реакции.
Дисгамия дисгармония половых отношений между супругами, при которой аноргазмия у женщины вызвана тем, что половой акт совершается не в соответствии с ее потребностью.
Дисгармония сексуальная см. дисгамия.
Зона S эрогенная зона в области передней стенки нижней трети влагалища.
Зоофилия половое извращение: половое влечение к животным.
Инверсия полового влечения направленность влечения на одноименный пол.
Инволюция возрастное обратное развитие.
Инцест половые отношения с кровными родственниками.
Инцестофилия половое извращение: половое влечение к кровным родственникам.
Каузальная психотерапия метод психического воздействия на больного, направленный на устранение причины болезни.
Клитор участок наружных половых органов женщины, расположенный в верхнем углу половой щели, обладающий высокой половой чувствительностью.
Коагуляция свертывание.
Коитальный возникающий при половом акте.
Коитофобия боязнь половых актов.
Коитус половой акт.
Конституциональная фригидность обусловленная врожденными особенностями.
Копулятивный цикл последовательные изменения в организме во время полового акта.
Лабильность неустойчивость.
Лейкотомия лобная перерезка лобных долей мозга с лечебной целью.

Лесбийская любовь женский гомосексуализм.
Либидо половое влечение.
Лимбическая система совокупность отделов головного мозга, расположенных преимущественно на внутренней поверхности больших полушарий: участвует процессах эмоций, памяти и др.
Мазохизм половое извращение: сексуальное удовлетворение от получаемых половых раздражений или унижения.
Маскулинизация см. вирилизация.
Мастопатия заболевание грудных желез, вызванное гормональными нарушениями.
Мастурбация (син. онанизм): искусственное половое самовозбуждение, совершаемое вне полового акта.
Менопауза период жизни женщины, когда менструации окончательно прекратились.
Метаболизм обмен веществ.
Миокомпреосионный возникающий при мышечном напряжении.
Навязчивый возникающий вопреки воле.
Нарциссизм половое извращение: влечение к самолюбованию, при котором половое возбуждение вызывает вид собственного тела.
Неврастения невроз, характеризующийся повышенной возбудимостью и быстрой утомляемостью.
Невроз обратимое нарушение нервной деятельности, вызванное психотравмирующими воздействиями и длительным эмоциональным напряжением.
Нейрогуморальнал регуляция осуществляемая через нервную систему и жидкие среды организма (кровь, спинномозговую жидкость и др.) гормональным путем.
Нейролептические средства группа лекарственных веществ, оказывающих тормозящее действие на нервную систему.
Нимфомания болезненное усиление полового влечения у женщины.
Оварий яичник.
Овуляция выход яйцеклетки из яичника.
Онанизм см. мастурбация.
Орально-генитальный контакт контакт рта с половыми органами.
Оргазм высшее сладострастное половое ощущение, завершающееся чувством полового удовлетворения.
Пальпация ощупывание.
Per anum через задний проход.
Перверсии половые извращения: нарушение направленности полового влечения или условий его реализации.
Петтинг вызывание оргазма взаимными ласками без полового акта.
«Плато»-фаза фаза полового акта, характеризующаяся высоким уровнем полового возбуждения.
Поллюция семяизвержение, возникающее у мужчины самопроизвольно во время сна.
Половая аутоидентификация определение своей принадлежности к мужскому или женскому полу.
Потенция половая способность.

Простата предстательная железа.
Психастения форма невроза у лиц с тревожно-мнительным характером.
Психогенный вызванный психическими воздействиями.
Психопатия уродство характера, от которого человек страдает сам или заставляет страдать других.
Психотерапия лечение психическими методами (убеждением, внушением и др.).
Пубертатный возраст период появления признаков половой зрелости.
Репродуктивный возраст детородный возраст. Ретардация запаздывание развития.
Рефракторный период период невозбудимости.
Садизм половое извращение: половое удовлетворение при условии жестокого обращения с партнером.
Сатириаз усиленное половое влечение у мужчин.
Секрет продукт желез внутренней секреции.
Сенестопатия необычные тягостные телесные ощущения у психически больных.
Сенсибилизация повышенная чувствительность организма к какому-либо веществу.
Сенситивный повышенно чувствительный, ранимый.
Симптом признак какой-либо болезни.
Симптоматические средства устраняющие отдельные проявления болезни, но не ее причины.
Синдром группа взаимосвязанных признаков заболевания.
Синергический содружественный.
Синтонность способность к сопереживанию.
Соматическое телесное.
Сперматозоид мужская половая клетка.
Суггестия внушение.
Тактильный вызываемый путем прикосновения.
Тестостерон мужской половой гормон.
Трансвестизм половое извращение: стремление носить одежду и фигурировать в роли лица противоположного пола.
Транссексуалисты лица, ощущающие свою принадлежность к противоположному полу и при этом стремящиеся изменить свой пол хирургическим путем.
Транссудат выпот.
Трофический обеспечивающий питание тканям.
Фетишизм половое извращение: возникновение полового возбуждения лишь при наличии фетиша, например, женской косы, туфли и т.п.
Фригидность 1) холодность; 2) неспособность к переживанию оргазма.
Фрикции трения полового члена о стенки влагалища.
Фрустрация сексуальная тягостное состояние, вызванное острым чувством неудовлетворенности тем, что половое возбуждение не завершилось оргазмом.
Фобия навязчивый страх.
Эйфория немотивированно приподнятое настроение.
Экзогенный вызванный внешними причинами.
Эксгибиционизм половое извращение: публичное обнажение половых органов с целью полового удовлетворения.

Экскреция выделение организмом конечных продуктов обмена веществ (мочи, пота и т.п.).
Экстракоитальный возникающий вне полового акта.
Эндогенный вызванный внутренними причинами.
Эндокринные вызванные действием желез внутренней секреции.
Эндометрий внутренний слой стенки матки.
Эрекция напряжение мужского полового члена.
Эрогенные зоны участки тела, прикосновение к которым вызывает половое возбуждение.
Эротизирующий повышающий чувствительность к сексуальным раздражителям.
Эстрогены женские половые гормоны.
Этиология причина заболевания.
Эякуляция семяизвержение.
Яичник женская половая железа.
Ятрогении психические расстройства, вызванные неосторожными высказываниями врача или его поведением.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. *Агарков С. Т., Агаркова Т. Е.* Сексопатология в терапевтической практике.// Общемедицинские проблемы терапевтической практики / Под ред. Н. В. Эльштейна. Таллин: Валгус 1983. С. 84-103.

2. *Агаркова Т. Е.* Клинические особенности невротических расстройств у женщин при нарушениях потенции у мужа.//Диагностика и лечение сексуальных расстройств. Харьков, 1983. С. 18.

3. *Агаркова Т. Е.* Психотерапия в сексуальной реабилитации супружеской пары при сексуальных расстройствах у женщин.//7 съезд невропатологов и психиатров Украинской ССР: Тез. докл. Винница, 1984. Ч. 2 С. 41.

4. *Алтер И. М.* О причинах и методах психотерапии сексуальных расстройств у мужчин и женщин.//Лечение половых расстройств. Киев, 1982. С. 19-21.

5. *Ботнева И. Л.* Терапевтическая тактика и прогнозирование терапевтического эффекта при адаптации сексуальной пары // Лечение половых расстройств. Киев, 1982. С. 246-248.

6. *Ботнева И. Л.* Половая холодность. БМЭ. 3-е изд., Т. 20. С. 205-206.

7. *Ботнева И. Л., Архипова Т. Е.* Комплексное лечение вагинизма. // Лечение половых расстройств. Киев, 1982. С. 236-240.

8. *Буньков А. И.* О патогенной роли вагинизма в возникновении половых расстройств у мужчин//Актуальные вопросы сексопатологии. М., 1967. С. 270-278.

9. *Буртянский Д. П., Криштапь В. В.* Клиника, лечение и профилактика сексуальных расстройств у женщин (Метод, рекомендации). Харьков, 1977. 56 с.

10. *Буртянский Д. Л., Криштапь В. В.* Сексуальная дисгармония супружеской пары и ее коррекция/Учебное пособие. Харьков, 1982. 86 с.

11. *Буртянский Д. Л., Криштапь В. В., Смирнов* Г. *В.* Основы клинической сексологии и патогенетической психотерапии. Саратов, 1987. 268 с.

12. *Васильченко Г. С.* Онанизм. БСЭ. 3-е изд. Т. 18. С. 399.

13. *Ботнева И. Л., Васильченко Г. С, Нохуров А.* и др. Общая сексопатология// Руководство для врачей. М.: Медицина, 1977. С. 35-370.

14. *Васильченко Г. С.* Сексопатология. БМЭ, 3-е изд. Т. 23. С. 72-74.

15. *Васильченко Г. С, Ботнева И. Л., Нохуров А.* Первичное обследование женщин, страдающих сексологическими расстройствами. М., 1976. 26 с.

16. *Габелов А. А.* Половые расстройства у женщин//Л. Я. Мильман. Импотенция. Л.: Медицина, 1972. С. 172-179.

17. *Ганнушкин П. Б.* Клиника психопатий, их статистика, динамика, систематика. М.: Север, 1933. 143 с.

18. *Голанд Я. Г.* К вопросу психотерапии гомосексуализма//Вопросы психотерапии в общей медицине и психоневрологии. М.: Медицина, 1968. С. 61-63.

19. *Гудкович Л. Н.* Половое влечение. БМЭ. 3-е изд. Т. 20. С. 207-209.

20. *Деоркин Э. М.* К методике психотерапевтической работы с женами больных половыми расстройствами//Актуальные вопросы сексопатологии. М., 1967. С. 464-466.

21. *Деоркин Э.* М. Психотерапия сексуальных расстройств//Руководство по психотерапии. Ташкент: Медицина, 1979. С. 420-447.

22. *Деревинская Е. М.* Об отношении гомосексуализма к психопатиям//Вопросы психиатрии, психотерапии, сексологии. Караганда. 1967. С. 115.

23. *Загородный П. И.* Физиология и патология половой функции. Л.: Медицина, 1975.263 с.

24. *Здравомыслов В. И., Анисимова 3. £., Либих С. С.* Функциональная женская сексопатология. Алма-Ата: Казахстан. 1985.271 с.

25. *Исаев Д. Н., Каган В. Б.* Половое воспитание и психогигиена пола у детей. П.: Медицина, 1979. 183 с.

26. *Исаев Д. И., Каган В. Е.* Психогигиена пола у детей//Руководство для врачей. Л., Медицина. 1986. 336 с.

27. *Киселев В. А., Зуберев Ю. Г.* О фригидности женщин, больных неврозами// Вопросы сексопатологии. М. 1969. С. 27-36.

28. *Кон И. С.* Психосексуальное развитие и половая социализация//Семейная психотерапия при нервных и психических заболеваниях. Л., 1978. С. 113-122.

29. *Кон И. С.* Сексология. БМЭ б 3-е изд., Т. 23, С. 70-72.

30. *Кон И. С.* Введение в сексологию. М.: Медицина, 1988.320 с.

31. *Либих С. С.* Коллективная психотерапия и аутогенная тренировка больных с сексуальными расстройствами//Актуальные вопросы сексопатологии. М., 1967. С. 433-442.

32. *Либих С. С, Фридкин В. И.* Сексуальные дисгармонии. Ташкент: Медицина, 1990. 142 с.

33. *Липгаог Н. К., Агарков С. Т.* Некоторые аспекты психотерапии в сексопатологии//Лечение половых расстройств. Киев, 1972. С. 37-40.

34. *Малахов 5. Б.* Семейная психотерапия сексуальных нарушений, возникших на ранних этапах брака // Семейная психотерапия при нервных и психических заболеваниях. Л., 1978. С. 123-226.

35. *Маркович С. И., Анисимова 3. Е., Жданов Ю. П.* О лечении и купировании сексуальных девиаций у больных//Актуальные вопросы сексопатологии. Киев, 1984. С. 50-52.

36. *Маслов В.* М. Лечебная тактика при задержках психосексуального развития// Лечение половых расстройств. Киев, 1982. С. 63-66.

37. *Общая сексопатология:* Руководство для врачей / Под ред. Г. С. Васильченко. М.: Медицина, 1977. 487 с.

38. *Платонов К. И.* Слово как физиологический лечебный фактор. М.: Медгиз, 3-е изд. 1962.532 с.

39. *Полов Е. А., Васильченко Г. С., Маслов В. М.* Половые извращения, БМЭ, 3-е изд. Т. 20. С. 223-226.

40. *Посеянский П. Б.* Введение в современное учение о сексуальных перверзиях// Проблемы современной сексопатологии. М., 1972. С. 79-100.

41. *Рожановская 3. В.* К вопросу о половом влечении у женщин//Вопросы психиатрии. Пермь, 1972. С. 37-43.

42. *Рожановская 3. В.* Психотерапия сексуальных нарушений у женщин/Руководство по психотерапии/Под ред. В. Е. Рожнова. Ташкент: Медицина, 1985. С. 524-538.

43. *Рожановская З. В., Свядощ А. М.* К вопросу об оргазме у женщин//Вопросы сексопатологии. М.: Медицина, 1969. С. 128-130.
44. *Рожнов В. Б., Либих С. С, Чаргейшвили Ю. П. и др.* Руководство по психотерапии / Под ред. В. Е. Рожнова. Ташкент: Медицина. 1985. 720 с.
45. *Свядощ А. М.* К вопросу о физиологических механизмах мотивации (поведения) // Вопросы психиатрии, психотерапии, сексологии. Караганда, 1967. С. Ю-142.
46. *Свядощ А. М.* К клинике и терапии женской аноргазмии / Вопросы секоопатологии. М.: Медицина. 1969. С. 130-131.
47. *Свядощ А. М.* Неврозы и их лечение. 2-е изд. М., Медицина. 1971. 356 с.
48. *Свядощ А. М.* К клинической систематизации аноргазмии у женщин//Вопросы психиатрии. Пермь, 1972. С. 33-37.
49. *Свядощ А. М.* Половая холодность. БСЭ, 3-е изд. Т. 21,1975. С. 91.
50. *(Свядощ А. М.) Sviadosh A. M.* A no sexualpatologiaja. Budapest: Medicina Snyvkiado, 1978, 190 p.
51. *Свядощ А. М.* Психотерапия психогенных реакций и реактивных состояний эй истинной и мнимой импотенции//Международный симпозиум социалистических стран по психотерапии, 3-й П., 1979. С. 133-135.
52. *Свядощ* А. М. Сексуальные расстройства у мужчин. Здоровье, 1979, № 8. 18-19.
53. *Свядощ А. М.* Роль сексуальных факторов в стабильности семьи//Семья личноотъ. М., 1981. С. 191-196.
54. *Свядощ А. М.* Неврозы. 3-е изд. М.: Медицина, 1982. 366 с.
55. *Свядощ А. М.* Виргогамия - девственный брак//Тезисы научных сообщений 6-му съезду психологов СССР. М.: Медицина, 1983. Т. 4, С. 890-891.
56. *Свядощ А. М., Антонов В. В.* О сомато-биологических аспектах гомосексуаизма//Сомато-неврологический аспект психических заболеваний. Л.: Медицина, 972. С. 62-64.
57. *Свядощ А. М., Деревинская Е. М.* К проблеме патологии влечений (гомосексуализм)//Материалы выездной сессии президиумов Всесоюзного и республиканских обществ невропатологии и психиатрии Казахстана и республик Средней Азии. Алма-Ата, 1964. С. 64-72.
58. *Свядощ А.М., Попов И.А.* К физиологии половой жизни мужчин//Вопросы психиатрии, психотерапии, сексологии. Караганда. 1967. С. 125-127.
59. *Свядощ А. М., Ромен А. С.* Применение аутогенной тренировки в психотерапевтической практике//Техника самовнушения: Метод, пособие. Караганда, 1966. 16 с.
60. Смулевич А. Б. Половые извращения//Руководство по психиатрии. М.: Медицина. 1983. Т. 2. С. 417-420.
61. *Справочник сексопатолога*/ Под ред. Г. С. Васильченко. М., 1990. 576 с.
62. *Тимошенко Л. В., Федорченко Б. М., Кушнорук Б. И.* Сексуальные расстройства / женщин//Практическая гинекология. Киев, Здоров'я, 1985. С. 161-184.
63. *Тополянскии В. Д., Струковская М. В.* Психосоматические расстройства. М.: Медицина, 1986. 324 с.
64. *Частная сексопатология:* (Руководство для врачей)/Под ред. Г. С. Васильченко. М.: Медицина, 1983, Т. 1. 301 с. Т. 2. 351 с.
65. *Юнда И. Ф.* Оргазм. БМЭ, 3-е изд. Т. 17, С. 397.
66. *Юнда И. Ф.* Половая жизнь и здоровье человека. Киев: Здоров'я. 1985.183 с.
67. *Юнда И. Ф., Юнда П. И.* Социально-психологические и медико-биологические основы семейной жизни. Киев: Выща школа, 1990.240 с.
68. *Бостанджиев Т.* Пол и полови расстройства. София, 1978. 88 с.
69. *Brautigam* IV. Korperliche, seelische und soziale Elnfluss auf die Geschlechtzugehbrigkeitdes Menschen. Internist, 1964, Bd 5. S. 171-182.
70. *Grown S.* Psychotherapy of sexual deviation. Brit. J. Psychiat., 1983. Vol. 143. P. 242-247.

71. *Curran 0., Parr 0.* Homosexuality: an analysis of 100 male cases seen in private. Brit, med. J., 1957. N 5022. P. 979-801.
72. *Dletz K., Hesse P.* G. W6rterbuch der Sexuoiogie und ihrer Grenzgebiete. Rudolf-stadt: Greifenverlag, 1971. 400 S.
73. *Doerr P., Kockorr G., Vogr H. J. et al.* Plasma testosterone, estradiol and semen analysie in male homosexuals. Arch. gen. Psychiat. 1973. Vol. 29. P. 829-833.
74. *Dorner G.* Sexualhormonabhangige Gehlrndifferenzierung und Sexualitat. Jena: VEB Gustav Fischer. 1972. 288 S.
75. *Dorner G.* Hormonabhangige sexuelle Fehlsteuerung. In: Szewezyk H., Burhardt H. (Hrsg.) Sexualitat. Berlin: VEB Gustav Fischer. 1978. S. 158-191.
76. *Dorner G., Rohde IV., Seidel K.* et al. On the evocability of a positive oestrogen-feedback on LH secretion in transsexual men and women. Endocrinologie. 1976. Vol. 67. P. 20-25.
77. *Ficher W.* Die sexuelle Erlebn'sfahigkelt und die Sexualstbrungen der Frau. 2. Aufl. Stuttgart New York: Ferdinant Enke. 1977. 200 S.
78. *Ficher J., Gochros H. L.* Handbook of behavior therapy with eezual problems. New York: Pergamon Press. 1977. 640 p.
79. *Freud S.* Collected papers. V. 1-5. London. 1953.
80. *Freud K.* Die Homosexualitat beim Mann. Leipzig: Hilzel. Verlag. 1963. 275 S.
81. *Giese H,, Gebsattel V. E.* Psychopathologie der Sexualitat. Stuttgart: Ferdinand Enke. 1962. 627 S.
82. *Goodman R. E.* Biology of sexuality. Brit. J. Peychiat., 1983, Vol. 143. P. 216-221.
83. *Handbook* of sexology/Ed. J. Money, H.Musaph. Amsterdam New York: Exerpta Medica. 1977. 1402 p.
84. *Handbook* of sex therapy/Ed. J. LoPiccolo a. L. LoPiccolo. New York-London: Plenum Press. 1978. 534 p.
85. *Hauser E. H.* Psychische Wirgung von Sexualhormenen. Schweiz. med. Wschr., 1952, Bd. 82, S. 566-570.
86. *Hesse P. G., Tembrock G.* Sexologie. Leipzig: S. Hiezel. 1974. Bd. I. 584 S.
87. *Hesron L. L, Shields J.* Homosexuality in Twins. Arch. gen. Psyhiat. 1968. Vol. 18, N2. P. 149-160.
88. *Hirscfeld H.* Die Homosexualitat des Mannes und Weibes. Berlin.
89. *Hock K.* Psychotherapie in der modernen Gynakologie. Leipzig: VEB Georg Thime. 1973. 134 S.
90. *Hock K., Konig W.* Neurosenlehre und Psychotherapie. II. Aufl. Jena: Fischer. 1979. 238 S.
91. *Hynie J.* Lekatska sexuologie. Praha, 1970. 524 S.
92. *(Imielinski K.) Имелинский К.* Сексология и сексопатология: Пер. с польск./ Под ред. Г. С. Васильченко. М.: Медицина, 1986. 424 с.
93. *Ionescu B., Dumisrache C., Maximilian C.* Patologia sexualizarii. Bucuresti: Ed. med., 1980.214 p.
94. *James B.* Bechaviour therapy applied to homosexuality. New Zeal Med. J., 1967. Vol. 66. P. 752-754.
95. *Kahn-Nathan J.* Que faire devant une dysharmonle sexuelle. Paris: Masson. 1976. 98 p.

96. *Kaplan H. S.* Sexualtherapie ein neuer Weg flir die Praktis. Stutgart: Ferdinant ike, 1979. 74 S.
97. *Kinsey A. C, Pomeroy W. B., Martin C. E., Gebhard P. H.* Sexual behaviour in the urnan female. Philadelphia: Saunders, 1953. 842 p.
98. *Klimmer* R. Die Homosexualitat. Hamburg. 1958. 346 S.
99. *Kluzak R.* Хирургическая трансформация пола при женском транссексуализме, ctachir. plast., 1968. Vol. 10. P. 175-184.
100.*Kolodny R. C, Masters W. H., Johnson V. F.* Textbook of sexual medicine. Boston: little brown. 1979.642 p.
101.*Kratochvil S.* Psychoterapie. Warszawa. 1974. 572 S.
102.*Kratochvil S. (Кратохвил С.)* Психотерапия супругов с функциональными половыми расстройствами // 3-й Международный симпозиум социалистических стран по психотерапии. Л. 1979. С. 151-154.
103.*Kratochvil S. (Кратохвил С.)* Терапия функциональных сексуальных расстройств/ Пер. с чеш. М.: Медицина. 1985. 159 с.
104.*Kretschmer E. (Кречмер Э.)* Медицинская психология / Пер. с нем. М.: 1927. 50 с.
105.*L*ago M. La femme homosexuelle. Paris, 1976.204 p.
106.*Lamar N.* Probleme sexuelie de la femme. Paris. Buchet Chastel. 1965.340 p.
107.*Leonhard K.* Instinkte und Urinstinkte in der menschlichen Sexualitat. Stuttgart: erdinand Enke. 1964. 376 S.
108.*Lexicon* der Humansexuologie hrsg von Aresin L. Berl. Verl Volk u gesundheit, 990. 272 S.
109.*MacCulloch M. J., Waddington J. L.* Neuroendocrine mechanisms and the aetiology f male and female homosexuality. Brit. J. Psychiat., 1981. Vol. 139. P. 341-348.
110.*MacLusky N. J., Naftolin F.* Sexual differentiation of the central nervous system, cience, 1981. Vol. 211. P. 1294-1303.
111.*Malewska H.* Kulturowe i psychospoleczne determinanty zacia seksualnego. /arsawa, 1967. 160 p.
112.*Masters W. H., Johnson V. E.* Human sexual response. Boston: Little, Brown, 1966. 66 p.
113.*Masters W. H., Johnson V. E.* Human sexual inadequacy. Boston: Little, Brown, 970. 467 p.
114.*Owensby N. M.* Homosexuality and lesbianism treated witt metrazol. J. nerv. ment. is., 1940, Vol. 92. N 1. P. 65-66.
115.*Raboch J.* OSima secuologia. Praha: Avicenum. 1977. 187 p.
116.*Roeder F., MUller D.* Zur stereotaksischen Heilug der padophilen Homosexualitat. litsch. med. Wschr., 1969. Bd. 94, S. 409-416.
117.*Rohde W.* Plasma basel levels of FSH, LH and testosterone in homosexual man. ndocrinologie. 1977. Vol. 70. P. 241-248.
118.*Rothschild B.* Psychiatrisch-klinische Erfahrungen mit einem Antiandrogen-raparat. Schweiz. med. Wschr. 1970. Bd 100, S. 1918-1924.
119.*Sanders J.* Homosexuelle Zwillinge. Genetica. 1944. Bd 16, S. 401-413.
120.*Schnabl S. (Шнабль З.)* Мужчина и женщина: интимные отношения: Пер. о нем./ Под ред. А. М. Свядоща. Кишинев: Штиинца. 1982. 234 с.
121.*Schreiner* (.., *K ling A.* Behavioiral changes follwing rhinencephalic injury in cat. . Neurophysiol., 1953. Vol. 16. P. 643.
122.*Seksuologia* kliniczna / Ed. T. Bilikiwicz, K. Imilinski. Warszawa: Panstwowy Zaklad gdawnictw Lekarskich. 1974. 654 p.

123.*Sexual* deviation/Ed. J. Rosen. Oxford N. Y.: Oxford University Press. 1978. 2nded. 430 p.

124.*Silverman 0., Rosanoff W.* Electroencephalographs and neurologic studies of homosexuals. J. nerv. ment. Dis., 1945. Vol. 101. P. 311-321.

125.*(Sipos Q., Tomka I.). Шипош К., Томка И.* Изменения церебральной электрической активности под влиянием аутогенной тренировки/Психологические проблемы психогигиены психопрофилактики и медицинской деонтологии. Л. 1976. С. 138-139.

126.Sna/'rf) *Ph.* Exhibitionism: A clinical conundrum. Brit. J. Psychiat. 1983. Vol. 143. P. 231-235.

127.*Спасов С., Док/мов С, Вълков И.* Лечение из фригидитета при жената с афротоп и антиестрогенни средства//Първа национал на конференция по сексологии. София. 1979. С. 36-38.

128.*Spiegel E. A., Wycis H. T., Freed И., Orchinik C. W.* A follow-up study of patients treated by thalamotamy and by combined frontal and thalamic lesions. J. nerv. ment. Dis., 1956. Vol. 124. P. 399-404.

129.*Stourzh H.* Die Anorgasmie der Frau. Stuttgart: F. Enke. 1962. 92 S.

130.*(Terer J.) Тетер Е.* Гормональные нарушения у мужчин и женщин: Пер. с польск. Варшава: Польск. Гос. мед. изд-во. 1968. 700 с.

131.*Thompson C. W.* Electroschoock and other therapeutic considerations in sexual psychopathy. J. nerv. ment. Dis., 1949. Vol. 109, P. 531-539.

132.*(Wagner G., Green R.) Вагнер Г., Грин Р.* Импотенция: Физиология, психология, хирургия, диагностика, лечение: Пер. с англ. Медицина. 1985.240 с.

133.*West D.J.* Homosexuality and lesbianism. Brit. J. Psychiat., 1983. Vol. 143, P. 221-226.

134.*Zwang* G. Abrege de sexologie. Paris: Massom. 1976.281 p.

SUMMARY

Professor A. M. Svladosh, a well-known scientist, psychiatrist-sexopathologist.

The first edition of the book was published in 1974 and was sold out in short time. In 1978 it was translated into Hungarian and published in Budapest.

The second edition includes the author's new data, is based on his clinical experience and the analysis of the modern literature. The book discribes the mechanisms, symptoms and the treatment of frigidity, vaginism, hyperbexuality, homosexuality (psychogenic and inherited forms) as well as fetishism, exhibitionism and other perversions.

Scientifically substantiated reoommendations are given concerning the elimination of sexual disharmony.

The book is primarily oriented towards physicians, sexopathologists, neurologists, psychiatrists, gynecologists and other specialists, but it can be used by all the readers unterested in this subject. The book has a vocabulary of medical terms.

ОГЛАВЛЕНИЕ

Свядощ Абрам Моисеевич

ЖЕНСКАЯ СЕКСОПАТОЛОГИЯ

Издание пятое,
переработанное и дополненное

Редакторы *А. Никольская, З. Година*
Художник *В. Шишко*
Художественный редактор *А. Корниенко*
Технический редактор *Л. Жукова*
Корректор *Л. Петрика*

ИБ№ 4722

Сдано в набор 27.12.90. Подписано к печати 19.02.91.
Формат 60Х84 1/16. Бумага книжно-журнальная.
Гарнитура «Цюрих». Печать офсетная.
Усл. печ. л. 10,7. Усл. кр.-отт. 10,93.
Уч.-изд. л. 12,61. Тираж 100 000 (1 з-д 1 - 50 000).
Заказ 4059.
Цена 2 р. 60 к.

Набрано на наборно-пишущей машине «Типо-Тайпер»

Издательство «Штиинца».
277028, Кишинев, ул. Академика Я. С. Гросула, 3

Типография издательства «Универсул».
277012, ул. Влайкул Пыркэлаб, 45